

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotona asuvien vanhusten  
palvelutarpeen arvioinneissa

ELINA JUUSO-PULKKINEN

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalityön pro gradu –tutkielma

Huhtikuu 2015

JUUSO-PULKKINEN, ELINA: Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotona asuvien vanhusten palvelutarpeen arvioinneissa

Pro gradu –tutkielma, 107 sivua, 2 liitesivua

Sosiaalityö

Ohjaaja: Arja Jokinen

Huhtikuu 2015

---

Tutkielmani tavoitteena on selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotikäynneillä, joilla tehdään kotona asuville, toimintakyvyiltään heikentyneille vanhuksille palvelutarpeen arvioita. Tutkimusaineiston keräsin seuraamalla ja nauhoittamalla kolmen vanhuksen kotona tehtyjä palvelutarpeen arvioita. Vanhusasiakkaiden ja itseni lisäksi kaikilla kotikäynneillä oli paikalla vanhusten omainen, vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä sekä kotihoidon sairaanhoitaja. Työni teoreettisena viitekehysenä toimii asiakaslähtöisyyden kolmijako itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja tiedonsaannin ulottuvuuksista. Aineiston analyysissä en käytä yhtä varsinaista analyysimenetelmää, vaan otan useista menetelmistä vaikutteita. Hyödynnän rinnakkain sisällön- ja diskurssianalyttisiä menetelmiä.

Asiakaslähtöisyyden kolme ulottuvuutta näyttäytyvät aineistossani eri tavoin ja näitä ilmenemismuotoja nousi selkeänä esiin kaikilla kotikäynneillä. Vanhusasiakkaiden itsemääräämisoikeuteen sisältyy vahvan vallan, näennäisen vallan ja vallattomuuden ilmiöt. Vanhusten osallistuminen näyttäytyy osallisena, vastaajana ja syrjäytettynä olemisena. Tiedonsaanti jakautuu siten, että vanhukset joko saavat tai eivät saa tietoa. Aineistosta nousee esiin, että vanhusten toimintakyky ja muiden osallisten toiminta vaikuttavat palvelutarpeen arvioiden asiakaslähtöisyyteen. Vanhusten toimintakyvyn heiketessä valta siirtyy muille, pääasiassa omaisille. Omaisten valtaa ei välttämättä kyseenalaisteta tarpeeksi. Lisäksi käsiteltävien asioiden laadulla on merkitystä. Mitä virallisempia käsiteltävät asiat ovat, sitä huonommin asiakaslähtöisyys toteutuu. Asiakaslähtöisyys toteutuu aineistoni valossa melko hyvin, mutta lähinnä näennäisesti. Vanhukset voivat olla tietyissä tilanteissa itsemäärääviä, mutta muut päättävät missä asioissa ja missä määrin. Heillä on myös mahdollisuuksia osallistua, mutta muut määrittelevät, missä tilanteissa ja millä tasolla. Vanhukset saavat myös tietoa, mutta tiedonsaanti ei ole välttämättä riittävää, eikä ymmärrystä varmisteta. Ammattilaisilla ja omaisilla on niin määrittely- kuin toimeenpanovaltaakin käsissään. Joissakin tilanteissa tämä on perusteltua, esimerkiksi vaikeasti muistisairaiden vanhusten kohdalla.

Oman arvioni mukaan näennäistä asiakaslähtöisyyttä esiintyy paljon, koska ilmiö piiloutuu totuttujen työskentelytapojen taakse. Omien toimintatapojen ulossulkevuutta on vaikea huomata, ellei niitä tiedosta ja käytännössä tarkkaile omaa toimintaansa. Siksi onkin tärkeää, että ammattilaiset ja omaiset kiinnittävät huomiota omiin toimintatapoihinsa, eivätkä automaattisesti vie vanhusten valtaa, ennen kuin se on välttämätöntä.

Avainsanat: Vanhus, asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, osallisuus, tiedonsaanti

JUUSO-PULKKINEN, ELINA: The realisation of customer orientation when evaluating the need for services of an elder living on their own

Master's Thesis, 107 pages, 2 pages appendices

Social work

Supervisor: Arja Jokinen

April 2015

---

The objective of my thesis is to figure out how client orientation comes true on home visits where the need for services is determined for elderly people with lowered ability to function living on their own. I collected the research material by attending and recording those evaluations in three elder's homes. In addition to myself and the elder customers, there were a relative, a social worker and a home care nurse participating in all of the home visits. The theoretical framework of the study is the tripartition of client orientation about the dimensions of self determination, participation and receiving information. I'm not using only one specific method of analysis when going through the research material but a combination of multiple methods. I'm utilizing content and discourse analytic methods side by side.

The three dimensions of customer orientation were each manifested differently in my research material, and these forms of manifestation were clearly visible in every home visit. There are strong phenomena of power, ostensible power and powerlessness included in the self determination of the elder customers. The elders' participation is shown as being a participant, being a responder and being displaced. Receiving information is divided so that the elders either are or are not provided information. You can see from the material that the elder's ability to function, and the actions of other participants have an effect on the client orientation of the evaluations of the need for services. When an elder's ability to function deteriorates, the power passes on to others, mainly their relatives. One doesn't necessarily question the relatives' power enough. The quality of the matters at hand is also meaningful. The more official the nature of the matter the worse the actualization of client orientation. In the light of my research material the client orientation is fairly good, but mostly ostensible. The elder people can be self determining in some situations but others will determine in what cases and how much. They also have the chance to participate, but others will determine when and on what level. The elders are also offered information but it's not necessarily sufficient and the understanding of it is not guaranteed. The professionals and relatives have both definitive and executive authority. In some situations this is founded, for example with elders suffering from severely dementing illnesses.

According to my estimation there is a lot of ostensible client orientation because the phenomenon is hidden behind customary work habits. It's difficult to notice your own exclusive modes of action unless you recognize and observe your behavior. This is why it's important that the professionals and relatives pay attention to their own modes of action and don't automatically take the power away from the elder person before it's absolutely necessary.

Keywords: elderly person, client orientation, self determination, participation, receiving information

# Sisällysluettelo

1 Johdanto .....	1
2 Vanhuus ja avuntarve .....	4
2.1 Vanhuus ja toimintakyky .....	4
2.2 Vanhukset vanhuspalveluiden asiakkaina .....	8
2.3 Moniammatillisuus vanhustyössä .....	10
2.4 Palvelutarpeen arviointi .....	14
2.5 Omaiset osallisina .....	16
3 Asiakslähtöisyys .....	19
3.1 Itsemääräämisoikeus .....	21
3.2 Osallisuus .....	25
3.3 Tiedonsaanti .....	27
4 Tutkimuksen toteuttaminen .....	29
4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymys .....	29
4.2 Institutionaalinen vuorovaikutus .....	30
4.3 Aineiston keruu ja kuvaus .....	31
4.4 Aineiston analyysi .....	36
4.5 Eettiset pohdinnat .....	41
5 Tutkimustulokset .....	45
5.1 Itsemääräämisoikeus .....	45
5.1.1 Vahva valta .....	45
5.1.2 Näennäinen valta .....	51
5.1.3 Vallattomuus .....	64
5.2 Osallisuus .....	66
5.2.1 Osallinen .....	66
5.2.2 Vastaaja .....	73
5.2.3 Syrjäytetty .....	76
5.3 Tiedonsaanti .....	81
5.3.1 Onnistunut tiedonsaanti .....	81

5.3.2 Epäonnistunut tiedonsaanti .....	85
6 Johtopäätökset.....	89
Lähteet.....	97
Liitteet .....	108
Liite: Tutkimustiedote ja -lupa.....	108

# 1 Johdanto

*Haluan elämäni ja päätösteni riippuvan itsestäni, en minkään laatuista ulkoisista voimista. Haluan olla omien tahdonaktieni, en toisten tahdonaktien väline. Haluan olla subjekti enkä objekti; haluan, että minua kuljettavat syyt, tietoiset päämäärät, jotka ovat omiani, eivät syyt, jotka vaikuttavat minuun ulkopuolelta. Haluan olla joku, en ei-kukaan; tekijä, joka päättää, eikä se, jonka puolesta päätetään, itseohjautuva, enkä ulkoisen luonnon tai muiden ihmisten ohjaama, kuten esine, eläin tai orja, joka on kykenemätön esiintymään ihmisen roolissa, toisin sanoen, muotoilemaan päämääriä ja toimintaohjelmia jotka ovat omiani. Haluan ennen kaikkea olla tietoinen itsestäni ajattelevana, tahtovana, aktiivisena olentona, joka kantaa vastuun teoistaan ja kykenee selittämään ne viittaamalla omiin ajatuksiinsa ja tavoitteisiinsa. (Berlin 1958; ref. Pahlman 2003, 172–173.)*

Suomalaisen vanhuspolitiikan yleisenä tavoitteena on edistää vanhusten hyvinvointia, itsenäistä selviytymistä ja hyvää hoitoa. Keskeisimmät arvot ovat tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, taloudellinen riippumattomuus ja turvallisuus. Myös sosiaalinen integraatio on tärkeä periaate, johon sisältyvät muun muassa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sekä asiakkaiden voimavarojen tunnustaminen ja tukeminen. Vanhuspolitiikan tavoitteena ja haasteena on toteuttaa modernia ja aktiivista vanhuskäsitystä painottaen voimavaroja sairauksien, toimintarajoitteiden ja menetysten sijaan. Tällainen vanhuskäsitys korostaa yksilöllisyyttä ja arvostaa vanhusten omatoimisuutta, elämänkokemusta ja omia näkemyksiä. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 263–265; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010; Vanhuspolitiikka 1999.)

1.7.2013 tuli voimaan Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (Vanhuspalvelulaki). Lain yhtenä tarkoituksena on vahvistaa vanhusten mahdollisuuksia vaikuttaa heille järjestettävien sosiaali- ja terveyspalveluiden sisältöihin ja toteuttamistapoihin sekä olla mukana päättämässä palveluita koskeissa valinnoissa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.) Laki oli ollut voimassa reilun vuoden siinä vaiheessa, kun aineistoani keräsin. Onkin mielenkiintoista tarkastella, toteutuiko edellä mainitsemani lain kohta käytännössä. Laissa ei määritellä tarkemmin, missä määrin vanhusten tulisi saada vaikuttaa ja mihin asioihin tai missä vaiheessa muut voivat päättää heidän puolestaan. Vanhuspalvelulain tämä kohta on

tulkinnanvarainen ja jättää reilusti määrittelyvaltaa ammattilaisille. Sama ongelma koskee myös muita poliittisia linjauksia. Ylevät tavoitteet ja ohjeet saattavat unohtua arjessa, sillä ne on usein asetettu kaukana käytännöstä.

Väestön ikääntyessä huonokuntoisten, sairaiden ja muistisairaiden vanhusten määrää kasvaa. Sen vuoksi on tärkeää tarkastella heidän ihmisarvonsa, sosiaalisten oikeuksiensa ja oikeusturvansa toteutumista. Toimintakyvyn heikkeneminen tuo tullessaan riippuvuutta muista ihmisistä ja sen seurauksena vanhusten omaa toiminallisuutta ei välttämättä enää huomioida. (Koskinen ym. 1998, 158.) Hwangan, Linbin, Tungcin ja Wudin (2006, 430) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että vanhusten oman käsityksen mukaan toimintakyky vaikuttaa heidän itsemääräämisoikeuteensa. Itsemääräämisoikeus merkitsi haastatelluille vanhuksille oman elämänsä kontrollin säilyttämistä, itsenäisyyttä sekä fyysisiä kykyjä selvittää päivittäisistä toiminnoista. (Emt.) Pahlmanin (2007, 270) mielestä nimenomaan vanhusten itsemääräämisoikeutta on tärkeää pohtia, sillä itsemääräämisoikeudessa on kyse erityisesti heikomman suojasta.

Minulle vanhuus-teeman valitseminen tutkielmani aiheeksi oli selvää ammatillisista ja henkilökohtaisista syistä. Olen työskennellyt sosiaalityöntekijänä vanhusten palveluissa ja näin päässyt työntekijän roolissa seuraamaan asiakaslähtöisyyden toteutumista neuvotteluissa, joissa suunnitellaan vanhusten palveluita ja tehdään heidän elämänsä koskevia päätöksiä. Olen kiinnostunut tutkimaan aihetta myös omien henkilökohtaisten kokemusteni vuoksi. Minulla on muistisairas isoäiti, joka on vuosia sitten joutunut vastoin omaa tahtoaan muuttamaan kotoaan palvelutaloon lääkärin, kotipalvelun työntekijän ja äitini arvion perusteella. Olen huomannut, että teemme äitini kanssa myös isoäitini arkea koskevia päätöksiä ilman, että kysymme hänen mielipidettään. Tämän tiedostaessani minua alkoi kiinnostaa, millä tavoin ja missä vaiheessa ennen itsenäisistä ja pärjäävistä ihmisistä tulee riippuvaisia muiden avusta ja heistä tulee muiden toiminnan kohteita sekä miten he menettävät ääntään.

Omasta kiinnostuksesta johtuen halusin tutkia aiemmin tehdyn tutkimuksen ja oman aineistoni pohjalta asiakaslähtöisyyden toteutumista vanhusten palveluiden suunnittelussa asiakkaiden omissa kodeissa. Osallistuin kolmelle kotikäynnille, joilla tehtiin kotona asuville vanhusasiakkaille palvelutarpeen arvio ja nauhoitin keskustelut. Kaikille kotikäynneille osallistui vanhusasiakkaan ja itseni lisäksi vanhuksen omainen, sosiaalityöntekijä sekä kotihoidon sairaanhoitaja. Aineistostani etsin vastausta siihen, miten vanhusten itsemääräämisoikeus, osallisuus ja tiedonsaanti toteutuivat



näissä keskusteluissa. Minua kiinnostaa, miten vanhusten elämää koskevia päätöksiä tehdään, millaisia mahdollisuuksia vanhuksilla on ottaa kantaa ja mikä merkitys heidän kannanotoillaan on keskusteluissa. En ole kiinnostunut tutkimaan sitä, mitä palveluita vanhuksille tarjotaan tai miten palvelut toteutuvat. Henkilökohtaisen ja ammatillisen kokemuksen perusteella ennakkoletuksenani on, etteivät toimintakyvyltään heikentyneet vanhukset välttämättä pääse osallisiksi omaa elämäänsä koskeviin keskusteluihin ja päätöksentekoon, vaan omaiset ja ammattilaiset tekevät pääasiassa päätökset heidän puolestaan. Tämä käytännöstä noussut tieto kannustaa minua tutkimaan aihetta.

Työni rakentuu siten, että toisessa ja kolmannessa luvussa käsittelen työni teoriataustaa aiemman kotimaisen ja kansainvälisen tutkimuksen kautta. Toisessa luvussa tarkastelen vanhuutta ja vanhusten avuntarvetta. Toimintakyvyn heiketessä vanhukset voivat tarvita enemmän tukea arkiseen selviytymiseen, joten vanhusten avuksi tarjotaan erilaisia palveluita, ja kuvioihin tulee mukaan omaisia sekä eri alojen ammattilaisia. Toisen luvun käsitteet auttavat lukijaa ymmärtämään työni lähtökohtia paremmin. Kolmannessa luvussa avaan asiakaslähtöisyyden käsitettä sekä sen kolmea ulottuvuutta; itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja tiedonsaantia. Nämä kolme asiakaslähtöisyyden ulottuvuutta ovat työni keskeisin teoreettinen viitekehys, sillä olen aloittanut aineistoni lukemisen etsien kotikäyntien keskusteluista näiden osa-alueiden piirteitä. Seuraavaksi esittelen työni toteutusvaiheen. Kerron tutkimusasetelmastani sekä esittelen tutkimuskysymykseni. Sen jälkeen seuraa teoriaa institutionaalisesta vuorovaikutuksesta ja sen tutkimisesta. Seuraavissa kahdessa alaluvussa kerron aineiston keruuprosessista ja kuvailen aineistoa sekä kerron käyttämästäni analyysitavasta. Kyseisen luvun viimeisessä alaluvussa pohdin työni kannalta tärkeimpiä eettisiä kysymyksiä. Viidennessä luvussa käyn aineistoon käsiksi ja tuon esiin aineistossa esiin tulleita ilmiöitä aineisto-otteiden kautta. Viimeisessä luvussa pohdin aineistosta esiin noussutta tietoa ja sen merkitystä yleisemmällä tasolla.

## 2 Vanhuus ja avuntarve

### 2.1 Vanhuus ja toimintakyky

Vanhuutta on erityisen tärkeää tutkia nyt, kun vanhusväestön osuus muusta väestöstä kasvaa länsimaissa suurten ikäluokkien vanhetessa, syntyvyyden alentuessa sekä eliniän pidentyessä ympäristön olosuhteiden ja lääketieteen kehityksen seurauksena (Green 2010, 177). Eliniän kasvu lisää vanhusten toimintakykyisiä vuosia, mutta myös aikaa, jolloin avuntarve on suuri (Jyrkämä 2003, 15). Vanhenemisen myötä ihmisen terveydentila, toimintakyky ja sosiaalinen ympäristö muuttuvat ja siksi aiemmin itsenäisen ihmisen elämänhallinta voi heiketä (Notko 2007, 236).

Krögerin, Kariston ja Seppäsen (2007, 7–8) mukaan suomalaisissa sosiaalityön tutkinto-ohjelmissa on tehty tilaa lähinnä lapsiperheiden sekä syrjäytymisvaarassa olevien parissa tehtävälle työlle ja sosiaalityön tutkimuksetkin keskittyvät pääosin lastensuojeluun ja perhetyöhön. Sosiaalityön opiskelijoille tehtyjen kyselyjen valossa lastensuojelu ja perhetyö ovat kiinnostavimmat työkentät, kun taas vanhusten parissa tehtävä työ ei herätä juurikaan kiinnostusta. Vanhuutta on käsitelty suhteellisen vähän myös sosiaalityön tutkimuksessa. (Emt). Green (2010, 175–176) kirjoittaa, että sama ilmiö on huomattavissa myös psykologian ja sosiologian alueilla. Greenin mielestä käsiteltäessä vanhuutta lääketieteellä ja biologialla on ollut perinteisesti ylivalta. Vanhuus sairauksien sekä riippuvuuden vaiheena korostuu ja muut näkökulmat saattavat jäädä vähemmälle huomiolle. (Emt.)

Vanhuksia koskevissa tutkimuksissa vanhuksista käytetään esimerkiksi nimityksiä iäkkäät, ikäihmiset tai vanhukset. Heistä puhutaan myös asiakkaina tai potilaina, riippuen kyseessä olevasta palvelusta. Terveystieteiden puolella käytetään potilas nimitystä, kun taas sosiaalipuolella sanaa asiakas. Vanhus-käsitteen käyttämistä saatetaan vältellä, koska vanha-sanaa voidaan pitää kategorisoivana ja ehkä jopa loukkaavana (esim. Kinni 2014, 13). Itse koen asian päinvastoin. Puhuttaessa vanhuksista, mieleeni tulee ensimmäisenä sanat kokemus ja arvokkuus, ei raihnainen tai sairas. Mielestäni vanhus-sana on kunnioitusta herättävä, ja siksi käytän työssäni käsitteitä asiakas, vanhusasiakas ja vanhus. Asiakas-käsitettä käytän, koska työni on sosiaalityön tutkielma, ja sosiaalihuollossa käytetään asiakas nimitystä palveluita käyttävistä ihmisistä.

Vanheneminen koostuu biologisista ja fyysistä sekä psyykkisistä ja sosiaalisista prosesseista ja nämä prosessit tuovat mukanaan muutoksia vanhusten elämään. Vanhenemisella on niin myönteisiä kuin kielteisiäkin puolia. Vanhusten vahvuuksina voidaan nähdä elämäkokemus, viisaus, sosiaaliset taidot, perinteiden tuntemus sekä uudet vapaudet ja mahdollisuudet. Vanhenemisen kielteisinä puolina ovat muun muassa psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, raihnaisuus sekä sosiaalisen arvostuksen ja ihmissuhteiden menetys. (Koskinen 2008, 440.) Green (2010, 175) sanoo, että liian usein korostetaan vanhuuden kielteisiä seurauksia. Vanhuus mielletään sairauksien, rappeutumisen ja riippuvuuden vaiheeksi, joka johtaa lopulta kuolemaan. (Emt.) Tätä kutsutaan myös ongelmalähtöisyydeksi, jonka vastakohtana on voimavaralähtöisyys, jossa huomio kiinnittyy vanhusten kykyihin ja subjektiuteen (Koskinen ym. 1998, 69–71).

Ihmisen elämä jaetaan yleensä lapsuuteen, aikuisuuteen ja vanhuuteen, jotka voidaan vielä jakaa tarkempiin vaiheisiin. Esimerkiksi Sarvimäki ja Heimonen (2010, 17–18) ovat jakaneet vanhuudenvaiheen kolmanteen, neljänteen ja viidenteen ikään. Heidän mukaansa kolmas, neljäs ja viides ikä ei niinkään jakaudu iän, vaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen perusteella. Kolmannella iällä tarkoitetaan vaihetta, jossa ihminen irtaantuu työelämästä, mutta on edelleen hyväkuntoinen, omatoiminen ja aktiivinen. Neljännessä iässä palveluntarve kasvaa pikkuhiljaa esimerkiksi liikuntakyvyn vaikeutumisen tai muistisairauksien ensioireiden vuoksi, mutta yleensä tässä vaiheessa ihminen pystyy vielä asumaan kotonaan toisten tuella. Viidennessä iässä toimintakyky on heikentynyt merkittävästi. Palveluntarve on suuri, eikä kotona asuminen ole enää mahdollista. (Emt.) Vanhuuden ajanjakso voidaan jakaa myös kahteen ikään, kuten Green (2010, 175) on tehnyt tutkimuksessaan: kolmas ikä eli "nuoret vanhat" ja neljäs ikä eli "vanhat vanhat". Kolmanteen ikään luetaan suhteellisen hyväkuntoiset ja itsenäiset vanhukset ikävuosien 60 ja 75–80 väliltä. Yli 80-vuotiaiden katsotaan kuuluvan neljänteen ikään ja he todennäköisesti ovat riippuvaisia muista ja kärsivät erilaisista ikään kuuluvista sairauksista, kuten muistisairauksista. (Emt.)

Koskisen ym. (1998, 17) mielestä toimintakyvyllä voidaan kuvata vanhenemisen muutoksia paremmin kuin ikävuosilla. Heidän mukaansa toimintakyvyn käsitteeseen sisältyvät vanhusten yksilölliset kyvyt ja oma toiminta sekä ympäristön haasteet ja mahdollisuudet. Toimintakykyyn kuuluu ajatus vanhusten mahdollisimman autonomisesta elämästä, jossa vanhukset rakentavat omaa elämäänsä omien tavoitteidensa pohjalta. (Emt.) Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä sitä, miten ihminen selviytyy erilaisista arkielämän toiminnoista, kuten itsensä, kodin ja läheisten huolehtimisesta. Näiden tehtävien laatuun ja niistä suoriutumiseen vaikuttavat sekä yksilön

valmiudet, kyvyt ja tavoitteet että ympäristön vaatimukset ja toimintaedellytykset. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15.)

Koskinen, Martelin ja Sainio (2007, 15) sekä Sarvimäki ja Heimonen (2010, 20) ovat jakaneet toimintakyvyn kolmeen osa-alueeseen: psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua kognitiivisista tehtävistä, jotka edellyttävät esimerkiksi oppimiskykyä, muistamista ja kielellisiä taitoja. Myös mielenterveys, elämänhallinta, itsearvostus, mielialat, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat yleinen terveydentila, liikkuminen, yläraajojen toiminnot ja aistitoiminnot. Fyysinen toimintakyky määritellään kyvyksi suoriutua arkisista perustoiminnoista, kuten ruokailusta, nukkumisesta ja pukeutumisesta. Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy suoriutuminen erilaisista yhteisöjen jäsenyyteen liittyvistä velvoitteista ja odotuksista. Siihen vaaditaan kykyä toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi suhteet läheisiin ja omaisiin, osallisuus sosiaalisissa suhteissa, vastuun ottaminen läheisistä sekä elämän mielekkyys ovat osa sosiaalista toimintakykyä. (Koskinen ym. 2007, 15; Sarvimäki & Heimonen 2010, 20; Voutilainen & Vaarama 2005, 7.) Kaikki toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat toisiinsa joko tukien tai heikentäen suoriutumista erilaisista tehtävistä (Koskinen ym. 2007, 15). Esimerkiksi kodin ulkopuolella hoidettavissa asioissa selviytymiseen, kuten kaupassa käyntiin tai raha-asoiden hoitamiseen, tarvitaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Laukkanen 2008, 264). Vaikka toimintakyvyn osa-alueet on eroteltu toisistaan, arkipäivän toiminnoissa ne ilmenevät yhdessä ja päällekkäisesti (Koskinen ym. 1998).

Laukkasen (2008, 261–262) mukaan toimintakyvyn arvioinnilla pyritään saamaan kokonaiskuva henkilön elämänlaadusta, sairausdiagnooseista sekä yleisestä arjesta selviytymisestä. Toimintakykyä voidaan arvioida joko jäljellä olevan tai vajavaisen toimintakyvyn näkökulmasta. Laukkanen kirjoittaa, että fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa monia eri menetelmiä, mutta psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn luokittelu on hankalampaa. (Emt.) Toimintakykyä voidaan arvioida muun muassa haastattelemalla, kyselylomakkeilla tai eri toimintoja mittaavilla testeillä. Arvioinnissa voidaan selvittää esimerkiksi ihmisen liikkumiskykyä, näköä ja kuuloa sekä selviytymistä erilaisista arjen perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta, peseytymisestä, siivouksessa ja kaupassa käymisestä. (Sihvonen, Martelin, Koskinen, Sainio & Aromaa 2008, 54.) Ihmisen oma käsitys omasta toimintakyvystään on myös tärkeää ottaa huomioon arvioita tehtäessä. Toimintakyvyn arviointeja tehdään muun muassa palvelutarpeen arviointia tehtäessä, selvitetessä

tarvetta kuntoutukselle, ehkäisevien toimien suunnittelussa sekä sairauksien arvioinnissa ja seurannassa (Laukkanen 2008, 262). Arvioinnilla voidaan esimerkiksi selvittää vanhuksen kykyä selviytyä omatoimisesti kotonaan. Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty monia erilaisia mittaristoja, esimerkiksi ADL-mittari (Activities of daily living), CDR-testi (the Clinical Dementia Rating Scale) sekä MMSE-testi (Mini Mental Status Examination) (ks. Koskinen ym. 1998, 101; Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä 2000, 17–20).

Vanhuksia voidaan pitää haavoittuvana ryhmänä toimintakyvyn heiketessä (Sarvimäki 2007, 257). Vanhusten psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen voi vähentää itsemääräämisoikeutta ja heikentää elämänlaatua ja osallisuutta arkielämän toimintoihin. Toimintakyvyn heikkeneminen voi tuoda mukanaan myös epävarmuutta selviytymisestä sekä eristäytymistä. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 21.)

Erityisesti muistisairaudet vaikuttavat laaja-alaisesti kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin ja tätä kautta vanhusten hyvinvointiin (Heimonen 2010, 60, 67). Muistisairaudet heikentävät kognitiivisia kykyjä, kuten tiedon vastaanottamista ja sen hyödyntämistä käytännössä. Uutta on vaikea oppia ja vanhaa tietoa on vaikea palauttaa mieleen. Muistisairaudet vaikuttavat myös ihmisen huomiokykyyn, kykyyn muistaa sekä hahmottaa aikaa ja paikkaa. (Menne & Whitlatch 2009, 66; Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä 2000, 7.) Myös dementoivat sairaudet lisäävät tuen ja avun tarvetta ja sitä kautta vievät ihmisen itsemääräämisoikeutta. Alkuun dementoituva vanhus tarvitsee arjessa selviytymiseen todennäköisesti vain muistuttamista ja ohjaamista, myöhemmin yhä enemmän tukea ja lopulta jatkuvaa apua. (Heimonen 2010, 62.)

Muistisairauksien lisäksi fyysisellä toimintakyvyllä on vaikutusta vanhusten hyvinvointiin. Vanhenemisen fyysisten prosessien, sairauksien ja fyysisen toiminnallisuuden vähentymisen seurauksena liikuntakyky heikkenee. Monet arkipäivän toiminnot, kuten pukeutuminen, peseytyminen, kodin hoito, kaupassa asiointi, kyläily ja harrastaminen vaativat fyysistä toimintakykyä. Liikkumiskyvyn heikentyminen vähentää vanhusten autonomiaa elämänpiirin supistuessa ja lisää riippuvuutta toisten tuesta, kuten koti- ja laitoshoidon palveluiden tarvetta. Liikkumiskyvyn heikentyessä vanhuksset eivät esimerkiksi pysty yksin päättämään, milloin he käyvät kaupassa tai pesulla, sillä aikataulu määrittyy myös avustavien henkilöiden mukaan. (Karvinen 2010, 136–138.)

Toimintakyvyn käsite on työssäni tärkeä, koska aineistoni vanhusasiakkaiden toimintakyvyissä oli tapahtunut heikentymistä. Nämä muutokset toivat vanhusten elämään haasteita, joista selviytymiseen he tarvitsivat erilaisia palveluita.

## **2.2 Vanhukset vanhuspalveluiden asiakkaina**

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (2012) sanotaan, että vanhusten palveluiden suunnittelussa on painotettava kotona asumista. Myös Heinola (2007, 9) kirjoittaa Stakesin oppaassa, että vanhustenhuollon valtakunnalliset linjaukset korostavat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumisen tukemista, avopalveluita sekä sosiaali- ja terveystalvuluiden turvaamista. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (2008) painotetaan palvelurakenteen kehittämistä ja palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamista. Palvelurakenteen muuttamisella tarkoitetaan tässä kotona asumista tukevien palveluiden lisäämistä ja ympärivuorokautisen hoidon vähentämistä. Linjauksena on esimerkiksi ehkäisevien palveluiden, kotihoidon, omaishoidon, kuntoutuspalveluiden ja päivätoiminnan kehittäminen. Laatusuosituksessa suositellaan, että palveluita kehitetään vanhusten tarpeista käsin, huolehditaan osaavan henkilöstön määrän riittävydestä sekä kehitetään asumista ja toimitiloja. Muun muassa näillä keinoin pyritään hillitsemään sosiaali- ja terveystalvuluiden kustannusten kasvua ikärakenteen muuttuessa ja vanhusten palveluntarpeiden kasvaessa. (Emt.) Järnström (2011a, 238) kritisoi artikkelissaan edellä mainitunlaisia strategioita siitä, että hienolta kuulostavat strategiat harvoin suunnitellaan vanhusten arjesta käsin.

Suomalaisen vanhustenhuollon painopiste on siirtymässä ympärivuorokautista hoitoa painottavasta suuntauksesta kohti avopalvelupainotteiseen, kotihoitoon ja kotiin annettaviin palveluihin (esim. Sointu 2009, 180). Ympärivuorokautinen hoito on kallista ja väestön ikääntyessä ja huoltosuhteen heiketessä tulee keksiä halvempia ja kestävämpiä hoitomuotoja. Anttonen (2009, 70–71) kirjoittaa, että laitoshoidon vähentäminen on ollut tietoinen poliittinen päätös 1990-luvulta lähtien ja nykyään laitoshoidon mielletään viimeiseksi vaihtoehdoksi. Omassa kodissa tai kodinomaisessa ympäristössä asumista ja sinne tuotavia palveluita on alettu pitää ensisijaisena vaihtoehtona, ja sitä pidetään vanhusten oikeutena, mutta myös velvollisuutena. (Emt.) Jyrkämä (2007, 197) kirjoittaa, että kotona asumista painottavan linjauksen onnistuminen on kiinni vanhusten toimintakyvystä sekä kyvystä selviytyä arjen askareista ja toiminnoista. Erityisesti muistisairaudet, fyysisen

toimintakyvyn heikentyminen, puutteelliset palvelut, yksin asuminen, asuinympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puute lisäävät vanhusten palveluiden tarvetta (Ikäihmisten... 2008). Suomalaisen yhteiskunnan ja vanhusten omat toiveet näyttävät olevan samassa linjassa, sillä tutkimusten mukaan vanhukset haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään (esim. Päivärinta & Haverinen 2002, 35; Sointu 2009, 176; Ronkainen ym. 2002, 100; Heikkinen 1997).

Vanhuksille tarjottavat palvelut ovat hyvin kuntakohtaisia, joten aineistoni tunnistettavuuden hälventämiseksi nostan esimerkiksi Suomen suurimman kunnan, Helsingin. Helsingin kaupungin nettisivujen Ikääntyvien palveluiden -otsikon alla lueteltiin vanhuksille tarjolla olevia palveluita, joita ovat palvelukeskusten virkistys- ja harrastustoiminta, monipuolisten palvelukeskusten ja palvelutalojen lyhyt- ja pitkäaikaiset asumispalvelut, muistioireiden ja -häiriöiden tutkimus ja hoito, neurologian poliklinikka, rintamaveteraanien kuntoutus, kotihoito sekä sosiaali- ja lähityö. Koska työni kannalta keskeisimmät palvelut ovat kotihoito sekä sosiaali- ja lähityö, kerron niistä palveluista tarkemmin. Sosiaali- ja lähityössä tehtävä työ jakaantuu sosiaalityöhön, lähityön sosiaaliohjaukseen, omaishoidon tuen sosiaaliohjaukseen, omaishoidon toimintakeskuksen palveluihin ja omaishoidon kotiavustajapalveluihin. Sosiaali- ja lähityön tavoitteena on tukea erilaisin toimenpitein kotona asuvia 65 vuotta täyttäneitä asiakkaita. Vanhusasiakkaiden ohella työskennellään omaisten ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Sosiaali- ja lähityön sosiaalityöntekijöiden tehtävänä on tukea vanhusasiakkaiden elämänhallintaa ja itsemääräämisoikeutta. Tärkeimpänä työtehtävänä on vanhusten palvelutarpeiden arviointi sekä arvioin pohjalta laadittu suunnitelma, joka tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Helsingin kaupungin kotihoidon tehtävänä on tukea kotona asuvia asiakkaita päivittäisissä toiminnoissa, joihin asiakkaat eivät itse kykene. Kotihoidon tehtävänä on huolehtia vanhusten hoidosta siten, että eläminen kotona on turvallista toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Kotihoito huolehtii hoivasta ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä, lääkkeistä ja perushoidosta. Palvelun kautta voi saada myös ateria- ja kauppapalveluja, turvapuhelimen ja apuvälineitä. (Helsingin kaupunki.)

Sosiaalityöntekijät ovat yksi niistä monista ammattiryhmistä, jotka työskentelevät sairaalassa, pitkäaikaishoidossa sekä kotona asuvien vanhusten kanssa. Monissa kunnissa vanhustyö on siirtynyt tai siirtymässä hallinnollisesti ja mielikuvallisesti osaksi terveydenhuoltoa. (Ylinen & Rissanen 2004, 200–202.) Sosiaalihuoltolain (Sosiaalihuoltolaki 18§) mukaan sosiaalityö on "sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen

turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta". Ylinen ja Rissanen (2004, 200–202) esittävät, että vanhusasiakkaiden kanssa työskenneltäessä tarvitaan gerontologista erityisosaamista, joka sisältää tietoa ja ymmärrystä vanhuuden mukana tuomista. Vanhuksilla on usein psykososiaalisia ongelmia, kuten yksinäisyyttä, masennusta ja muistisairauksia, joihin tulee kiinnittää huomiota ja joiden käsittelyyn tarvitaan aikaa ja hienotunteisuutta (Netting & Williams 2000).

Koskisen ym. (1998, 180) mukaan vanhusten parissa tehtävään sosiaalityöhön kuuluu vanhusten hyvinvoinnin perusedellytysten turvaaminen, joka sisältää muun muassa vanhuksen tiedottamisen hoito- ja palvelumahdollisuuksista, riippumattomuuden vahvistamista sekä omatoimisuuden tukemista. Mellor ja Lindeman (1999, 3) puolestaan määrittelevät gerontologisen sosiaalityön tavoitteeksi vanhusten ja heidän omaistensa hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen sekä ongelmien ennaltaehkäisyä. Siinä ollaan kiinnostuneita fyysisistä, psykososiaalisista, kulttuurisista, rakenteellisista ja sosiaalisista tekijöistä, jotka voivat tuoda haasteita vanhusten hyvinvoinnille. He kirjoittavat, että sosiaalityöntekijöiden tehtävänä on edistää vanhusten arvokasta ja mahdollisimman itsenäistä elämää, itsemääräämisoikeutta, elämänlaatua ja toimintakykyä. (Emt.)

Koska aineistoni vanhuksien toimintakyky oli heikentynyt, tarvitsivat he palveluita selvitäkseen kotona asumisesta. Tähän palveluntarpeeseen pyrkivät vastaamaan kotihoito ja vanhuspalveluiden sosiaalityö.

### **2.3 Moniammatillisuus vanhustyössä**

Moniammatillisuudella voidaan tarkoittaa joko yksittäistä työntekijää, joka toimii usean ammattiryhmän asiantuntijatehtävissä tai eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden kesken tehtävää yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö perustuu ajatukseen jaetusta ja yhteisestä asiantuntijuudesta, jossa jokainen ammattiryhmä tuo oman osaamisensa työryhmän käyttöön. Koska asiakkaiden tai potilaiden ongelmat eivät määrity tarkkarajaisina, vastauksia etsitään eri ammattialojen yhteistyöstä. (Karvinen-Niinikoski 2007, 79–80; Lindén 1999, 119–120.)

Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on tehokas työn lopputulos. Tarpeiltaan vaativien potilastai asiakasryhmien kanssa työskenneltäessä yhteistyö voi parantaa palvelun laatua. Yhdistämällä eri



alan ammattilaisten osaaminen on mahdollista saavuttaa kokonaisvaltaisempi lopputulos. Moniammatillista yhteistyötä pidetään aika- ja kustannustehokkaana työskentelymuotona, joka edistää koko palvelu- ja hoitojärjestelmän toimivuutta. Moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää olla yhteinen tavoite. Yhdessä jaettuun tavoitteeseen pyrkivät asiakas ja hänen kanssaan työskentelevät ammattilaiset. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön katsotaan edistävän työntekijöiden työhyvinvointia ja työssä jaksamista. Tiimissä on mahdollista jakaa kokemuksia ja saada tukea sekä löytää uusia näkökulmia työhön. Stressaavista ja vaativista tilanteista on helpompi selviytyä, kun tukena on moniammatillinen työryhmä. (Finlay & Ballinger 2008, 155–157, 163; Lindén 1999, 121–122; Payne 2000, 41, 49; Payne 2006, 155.) Nikander (2003, 279) kirjoittaa, että terveydenhuollossa moniammatillinen päätöksenteko on osa asiakaslähtöisyydestä käytävää keskustelua. Sen ajatellaan takaavan läpinäkyvämmän ja ammattilaisten sekä asiakkaiden kannalta paremman hoito- ja päätöksentekotyön. (Emt.)

Nikander (2003, 279) toteaa, että moniammatillinen yhteistyö nähdään usein työskentelyn ideaalina, ja sen ajatellaan tuovan automaattisesti työskentelyyn lisäarvoa. Nikander kyseenalaistaa tätä, sillä hänen mukaansa moniammatillisen työskentelyn tehokkuudesta ei ole riittävästi tutkimustietoa. (Emt.) Myös Isoherranen (2012, 153) kyseenalaistaa moniammatillisen työskentelyn toimivuutta, sillä hänen mukaansa sen soveltaminen käytäntöön on osoittautunut haasteelliseksi. Jotta moniammatillinen työskentely toimisi käytännössä, se vaatisi jokaisen ammattiryhmän toiminnan ja tehtävän selkeää määrittelyä. Epäselvyydet muiden työnkuvasta ja -jaosta sekä vastuista ammattiryhmien kesken voi aiheuttaa sekaannusta ja johtaa pahimmillaan jopa valtataisteluihin työntekijöiden keskuudessa. (Lindénin 1999, 137; Isoherranen 2012, 154.) Pehkonen (2009, 101) esittää, että sosiaalityön asiakkaiden elämäntilanteet ovat entistä haasteellisempia ja tämän vuoksi moniammatillisuuden tärkeyttä on korostettu ja perusteltu muun muassa asiakkaiden edulla. Pehkonen kuitenkin kannustaa miettimään muun muassa asiakkaan asemaa ja mahdollisuutta tulla kuulluksi moniammatillisessa työskentelyssä. (Emt.) Järnström (2011b, 257) puolestaan havaitsi tutkimuksessaan, että ammattilaiset korostivat moniammatillisuuden hyötyjä, mutta tutkijan havainnon mukaan se kääntyi joissakin tilanteissa asiakaslähtöisyyttä vastaan. Ammattilaiset keskustelevat vanhusasiakkaiden asioista keskenään, jolloin vanhus voi jäädä sivuosaan. (Emt.)

Jääskeläinen (2004b, 86–87) on kirjoittanut samasta asiasta käyttämällä käsitettä hoidon kolmiodraama. Sillä hän tarkoittaa päätöksentekotilanteita, joissa osallisina ovat vajaakykyinen vanhus, omaiset sekä ammattilaiset, hoito-organisaatio ja yhteiskunta. Jokaisella osapuolella on

oma käsityksensä vanhuksen parhaasta ja jokaisella on myös omat etunsa valvottavanaan. Myös jokainen ratkaisu vaikuttaa kaikkiin osapuoliin. (Emt.) Heikoin lenkki päätöksenteon kolmiodraamassa on itse vanhus, joka ei välttämättä kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan (Jääskeläinen 2004a, 154). Muut osalliset voivat joko tietoisesti tai tiedostamattaan estää autonomisen ajattelun ja päätöksenteon (Pahlman 2003, 170). Tämä on työni kannalta mielenkiintoinen kysymys, sillä aineistoni kotikäynneillä oli paikalla asiakkaiden ja omaisten lisäksi sosiaalityöntekijät sekä kotihoidon sairaanhoitajat. Voidaan miettiä, saako toimintakyvyiltään heikentynyt vanhus todellisen mielipiteensä esiin tai edes puheenvuoroa, kun keskustelussa on mukana useita ihmisiä? Ja kuinka luottamuksellisen ilmapiirin luominen on mahdollista, kun osallistujien joukko on suuri ja käsiteltävät asiat ovat henkilökohtaisia ja mahdollisesti herkkiä.

Howen ym. (2001, 19) mukaan sosiaalityön osallisuus vanhusten hoidossa tulee kasvamaan, jonka myötä yhteistyö eri terveydenhuollon henkilöstön kanssa lisääntyy. Geriatrisessa hoidossa moniammatillisen yhteistyön merkitys on voimistunut. (Emt.) Myös Tanaka (2003, 69) kirjoittaa, että moniammatillisella yhteistyöllä on koko ajan merkittävämpi rooli vanhustyössä. Howe ym. (2001, 20) mielestä vanhusten, joilla voi olla monimutkaisia ja pitkäaikaisia ongelmia, yhteistyö eri ammattikuntien välillä on tärkeää, koska sen myötä mahdollistuu paremmin suunniteltu hoito, jaettu päätöksenteko ja tehokkaampi seuranta. Eri ammattiryhmien osallisuus hoitoon tuo erilaisia näkökulmia, taitoja ja voimavaroja. (Emt.) Tanaka (2003, 69) määrittelee vanhusten parissa tehtävän moniammatillisen yhteistyön tavoitteeksi vanhusten ja heidän omaistensa tukemisen ja auttamisen sopeutumaan sairauksien tuomiin haasteisiin ja sitoutumaan hoitosuunnitelmiin. Moniammatillinen tiimi voi tarjota vanhuksille ja heidän omaisilleen esimerkiksi psykososiaalista neuvontaa ja kotoutumissuunnitelmia. Moniammatillisen tiimin arvioinnit ja puuttumiset ongelmiin ovat tärkeää pyrittäessä ehkäisemään tapaturmia, kuten kaatumisia ja suunniteltaessa elämän loppuvaiheen hoitoa. Tanakan mukaan on laajalti tunnustettu, että esimerkiksi lääkärin, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden yhteistyö on välttämätöntä tehokkaalle vanhusten hoidolle. (Emt.)

Mellor ja Lindeman (1999, 3–7) ovat jaotelleet sosiaalityöntekijöiden rooleja moniammatillisessa yhteistyössä. Heidän listaamansa roolit ovat arvioija, palveluohjaaja, neuvoja, yhteyshenkilö, asianajaja, verkostotyöntekijä ja ryhmätyöntekijä. Näen arvioinnin, palveluohjauksen, yhteyshenkilönä toimimisen sekä asianajon olevan työni kannalta olennaisimmat tehtävät, joten avaen niitä enemmän. Arvioijan rooliin kuuluu kyky tehdä kokonaisvaltaisia arvioita, joissa

selvitetään fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin. Arviossa pyritään tunnistamaan vanhuksen sekä hänen sosiaalisen verkostonsa vahvuudet ja rajoitukset. Vanhuksen tilanteen kokonaisvaltaisen arvion pohjalta tehdään hoitosuunnitelma ja määritellään hoidon tavoitteet. (Emt.) Metterin (1996, 143–145) mukaan kokonaisvaltaisessa arviossa huomioidaan kolme ulottuvuutta. Ensinnäkin kaikessa toiminnassa ja suunnittelussa huomioidaan ihmisen omat kokemukset ja toiveet. Toisekseen siinä tarkastellaan yksittäisiä oireita ja päätöksiä niin, että ne suhteutetaan ihmisen elämäntilanteeseen. Kolmanneksi sillä tarkoitetaan sitä, että ihmisen tilannetta ymmärretään suhteessa kulttuurisiin, institutionaalisiin ja yhteiskunnallisiin ehtoihin. Metteri näkee sosiaalityön kokonaisvaltaisuuden arjen näkökulmana. Arjen näkökulmassa korostuu ajatus elämästä kokonaisuutena, jonka kaikki osat ovat merkityksellisiä. (Emt.) Palveluohjaajan rooliin sisältyy toimiminen linkkinä eri palvelutuottajien välillä sekä yhteisön voimavarojen tunnistaminen ja niiden valjastaminen vanhusasiakkaiden ja heidän tarpeidensa tueksi. Palveluohjaus edellyttää tietoa eri palveluista ja kykyä ohjata asiakkaat oikeiden palveluiden piiriin. Sosiaalityöntekijöiden tehtävänä on myös seurata palveluiden tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta, jotta vanhusten tarpeet täytetään mahdollisimman vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti, niin vanhuksen kuin palveluntuottajankin näkökulmasta. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on toimia tarvittaessa yhteyshenkilönä asiakkaan, omaisten, terveydenhuollon henkilökunnan ja muiden ammattilaisten välillä. Yhteyshenkilön rooli korostuu erityisesti tilanteissa, joissa vanhusten läheiset asuvat kaukana. (Mellor & Lindeman 1999, 4, 6.) Asianajolla tarkoitetaan asiakkaiden oikeuksien puolustamista ja heille kuuluvien etuuksien saamisen varmistamista (Ylinen & Rissanen 2004, 203). Metteri (1993, 91–92) on käyttänyt asianajajasta termiä sosiaalinen tulkki. Ylisen ja Rissanen (2004, 203) tutkimuksen mukaan vanhusasiakkaiden ja heidän omaistensa oli vaikea hahmottaa hankalaa palvelujärjestelmää ja sen sisältämiä etuuksia ilman sosiaalityöntekijän asiantuntemusta. Sosiaalityöntekijöiden tukea tarvittiin myös tilanteissa, joissa vanhuksilla oli vaikeuksia saada palveluita. Ylisen ja Rissanen mukaan asianajoa saatetaan tarvita myös tilanteissa, joissa vanhuksien ja heidän omaistensa näkemykset ovat ristiriidassa. Asianajoa tarvitaan myös vanhuksen oikeuksien puolustamiseen, sillä vanhukset voivat tyytyä tilanteeseensa, eivätkä osaa tai jaksa vaatia itselleen kuuluvia etuuksia tai palveluja. (Emt.) Sosiaalityöntekijä voi joutua tasapainoilemaan asiakkaan oikeuksien ja tarpeiden sekä järjestelmän vaatimusten välimaastossa. (Mellor & Lindeman 1999, 4, 6).

Aineistoni kotikäynneillä vanhusten palvelutarpeita arvioitiin moniammatillisesti, vanhusten omissa kodeissa. Kun keskusteluihin osallistuu useampia ihmisiä, joilla on erilaisia näkemyksiä, tavoitteita ja etuja ajettavanaan, muodostuvat niin asiakkaiden kuin muidenkin osallisten roolit erilaisiksi.

## **2.4 Palvelutarpeen arviointi**

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (2012) sanotaan, että kunnan on järjestettävä vanhuksille laadukkaita sosiaali- ja terveystalvuluja, jotka vastaavat heidän tarpeisiinsa ja ovat oikea-aikaisia ja riittäviä. Talvulut on toteutettava siten, että ne tukevat vanhusten hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta. Lain mukaan kunnan tulee vastata siitä, että vanhusten talvuluiden tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä asiakkaan itsensä ja tarvittaessa hänen omaistensa, läheistensä tai edunvalvojan kanssa. Talvulutarpeiden selvitystä on tehtävä vanhusten talvuluja vastaavasti moniammatillisesti tiimeissä, joissa on asiantuntemusta esimerkiksi hyvinvoinnista ja terveydestä, gerontologisesta hoito- ja sosiaalityöstä, geriatriasta, lääkehoidosta, ravitsemuksesta sekä kuntoutuksesta. Talvulutarpeen selvittämisen jälkeen on laadittava talvulusuunnitelma, jossa määritellään vanhusten sosiaali- ja terveystalvuluiden tarve. Vanhusten oma näkemys on kirjattava suunnitelmaan. (Emt.)

Ikäihmistalvuluiden laatusuosituksessa (2008) sanotaan, että kattavalla yksilöllisellä talvulutarpeen arvioinnilla taataan vanhusten talvuluiden laatu ja vaikuttavuus. Hyvässä arviossa tulee arvioida vanhuksen fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä sekä ympäristötekijöitä. Työskentelyn pitäisi laatusuosituksen mukaan olla asiakaslähtöistä eli arviointi talvuluiden tarpeesta, suunnitelma ja toteutus pitäisivät tehdä moniammatillisena yhteistyönä ja yhteistyössä vanhusten itsensä ja heidän läheistensä kanssa. (Emt.)

Talvulutarpeen arvion lähtökohtana tulee olla vanhusten tarpeet, toiveet, tavat, tottumukset ja merkittävät arkipäivän asiat. Talvulutarpeen arvion tavoitteena on tukea asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä sekä vanhusten kotona asumista. Vanhusasiakkaiden elämäntilannetta ja toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan myös heidän ympäristönsä, joten on tärkeää, että talvulutarpeen arvio tehdään vanhusten kotona tai heille muuten tutussa ympäristössä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5, 14–15, 40–45.)

Ruusuvuoren (2001, 397) mukaan vuorovaikutustilanteita määrittävät taustatekijät, kuten esimerkiksi fyysinen ympäristö. Hall, Slembrouck ja Sarangi (2006, 71) kirjoittavat, että iso osa sosiaalityöstä tapahtuu asiakkaiden kotona ja kotona ollessa siirrytään kauemmas julkiselta alueelta. Asiakkaiden kotona järjestettävät tapaamiset voidaan nähdä niin tutkinnallisina kuin asiakaslähtöisyytenäkin. Näkemys asiakkaasta ja hänen tilanteestaan voi muotoutua osittain hänen kotinsa perusteella ja kotikäynnit voidaankin nähdä tunkeutumisena yksityiselle alueelle. Asiakaslähtöisyyden näkemystä voidaan perustella sillä, että kotonaan asiakas on vahvemmassa asemassa kuin esimerkiksi toimistolla järjestettävässä tapaamisessa. (Emt.) Asiakkaan vahvempaa asemaa kodin piirissä vahvistaa myös Silva Tedre (1999, 62–64). Hän kirjoittaa, että koti merkitsee eri ihmisille eri asioita, mutta yleisenä sanattomana sopimuksena on, että kodissa ollaan asukkaan yksityisalueella ja määräyspiirissä, ja noudatetaan talon tapoja. Koti on eletty ja koettu tila, johon on latautunut tunteita. Naisten minutta on perinteisesti rakennettu kodin, siisteyden ja puhtauden varaan ja kodinhoito on osa, erityisesti vanhojen naisten identiteettiä. Siksi juuri naisille voi olla vaikeaa, jos oman kodin piiriin "tunkeudutaan". (Emt.)

Palvelutarpeen arvio koostuu neuvotteluvaiheesta, jossa kartoitetaan asiakkaiden tilanteita kokonaisvaltaisesti ja selvitetään muun muassa sosiaalisia verkostoja, terveyttä, hoidon ja huolenpidon tarvetta, saatavilla olevan tuen mahdollisuuksia, taloudellista tilannetta, elämänhistoriaa sekä asumiskysymyksiä. Seuraavana on sopimisen vaihe, jossa sovitaan tarpeellisista palveluista, hoidosta ja tuesta. Sopimisen vaiheessa laaditaan kirjallinen palvelusuunnitelma. Toimintavaiheessa toteutetaan palvelusuunnitelmaa ja arvioidaan sitä jatkuvasti. Mikäli asiakkaiden tilanteet muuttuvat, päivitetään suunnitelmia. (Päivärinta ja Haverinen 2002, 5, 14–15, 40–45.)

Aina ei voida toimia vanhusten toiveiden mukaisesti, esimerkiksi jos palvelut tai hoito tulisivat liian kalliiksi, tai niitä ei kyetä järjestämään (Tie hyvään vanhuuteen...2007, 19). Kun päätöksiä tehdään käytettävissä olevien resurssien puitteissa, voidaan puhua resurssiperustaisesta tarpeiden määrittelystä (Ylinen 2008, 75–77) tai talouden dominanssista (Metteri & Hotari 2011, 85), joka voi johtaa vanhusten itsemääräämisoikeuden heikkenemiseen. Sillä tarkoitetaan sitä, että päätöksiä ja toimintaa perustellaan taloudellisista lähtökohdista, ei inhimillisillä tai sosiaalisilla tarpeilla. Talouden dominanssi voi merkitä ihmisten omien tarpeiden ohittamista. Vastakohta talouden dominanssille on asiakaslähtöiset palvelut, joiden suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan

ensisijaisesti ihmisen omat voimavarat, tarpeet, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus. (Metteri & Hotari 2011, 85; Ylinen 2008, 75–77.) Kananoja, Niiranen ja Jokiranta (2008, 160–163) kirjoittavat samasta asiasta käyttäen eri termejä. Heidän mukaansa palvelutarpeita voidaan määritellä kysyntälähtöisesti, tarjontalähtöisesti, tavoitetilaa perustuen sekä kokonaistarkasteluun perustuen. Kysyntälähtöisessä tarpeidenmäärittelyssä lähtökohtana ovat asiakkaan toiveet ja tarpeet. Ongelmaksi voi kuitenkin muodostua, että yhteiskunnalla ei ole resursseja tähän. Tarjontalähtöinen tarpeidenmäärittely tapahtuu ammattilaisista ja tarjolla olevista palveluista käsin. Tavoitetilaa perustuvassa tarpeidenmäärittelyssä on jokin tavoite, johon pääsemiseksi tarjotaan palveluita ammatilliseen ja tieteelliseen tietoon nojaten. Vaikuttavuustutkimusta on kuitenkin vähän, joka muodostuu tässä mallissa ongelmalliseksi. Kokonaistarkasteluun perustuva tarvemäärittely perustuu elinolojen, hyvinvoinnin tilan, sosiaalisten tarpeiden sekä asiakkaan voimavarojen kattavaan kartoitukseen. (Emt.) Merja Ala-Nikkola (2003) on tutkinut vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekokäytäntöjä. Hänen tutkimuksensa mukaan nimenomaan resurssit määrittävät koti- ja laitoshoidon palveluiden saatavuutta ja sisältöjä, ja asiakkaiden tarpeiden tulee sopeutua resurssien määrittämiin raameihin. (Emt.)

Toimintakyvyn heiketessä vanhukset sekä heidän omaisensa etsivät keinoja paikata vanhusten toimintakyvyn vajeita, jotta vanhukset selviäisivät jatkossakin arkisista toimista. Tukea ja palveluita ei yleensä saa automaattisesti, vaan niistä joutuu neuvottelemaan eri ammattilaisten kanssa. Tämä vaatii halua ja kykyä neuvotella omista palveluntarpeistaan. Vanhuksille tämä voi olla vaikeaa, kun heidän toimintakykynsä vajavaisuuksia ja elämän ongelmakohtia nostetaan neuvotteluissa esiin. (Zechner & Valokivi 2009, 154, 170.)

Koti on erityinen näyttämö asiakastyölle ja omassa työssäni palvelutarpeen arvioiden laatimiselle. Kotona oltaessa asiakkuus ja ammattilaisuus määrittyvät eri tavalla. Näin kotona tehtävissä palvelutarpeen arvioinneissa voidaan saada erilaista, ehkä arkea lähempänä olevaa, tietoa asiakkaiden tilanteista kuin esimerkiksi toimistolla oltaessa.

## **2.5 Omaiset osallisina**

Boisaubin, Chun ja Catalanon (2007) tutkimukseen haastatellut vanhukset korostivat henkilökohtaisia valintoja ja itsenäisyyttä. Vanhukset halusivat pitää päätöksenteko-oikeuden

itsellään aina kun mahdollista ja korostivat, että he saisivat sanoa "viimeisen sanan" päätöksenteossa. Tämä säilyttäisi heidän arvokkuuttaan. Toimintakyvyn heiketessä voidaan kuitenkin tulla tilanteeseen, jolloin vanhukset eivät ole enää kyvykkäitä tekemään autonomisia päätöksiä. Tällöin omaisten, läheisten ja ammattilaisten on tehtävä päätöksiä vanhusten puolesta. Erityisesti omaisten merkitys päätöksenteossa kasvaa, kun vanhusten kompetenssi heikkenee. (Emt.)

Vaarama ja Voutilainen (2002, 77, 82) kirjoittavat, että vanhusten omaiset pitäisi nähdä voimavarana vanhusten hoidossa ja tukea heitä tässä tehtävässä. Omaisten osallisuus on otettava yhdeksi palvelusuunnitelman tavoitteeksi. Omaiset ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita, joilta voidaan saada tärkeää tietoa vanhusten elämästä, mutta yhtä tärkeä tehtävä omaisille on olla hoidon ja palveluiden laadun arvioijina. (Emt.)

Vanhusten kotona tapahtuvassa hoidossa omaisten rooli korostuu ja omaisten antama apu on suurta (Tedre 1999, 140). Toimintakyvyn heiketessä vanhukset voivat tarvita omaisiaan, yleensä lapsiaan tai puolisoitaan, puolestapuhujikseen palveluista neuvoteltaessa. Zechnerin ja Valokiven (2009) tutkimuksen mukaan omaisten osallisuus vanhusten asioiden hoitoon voi edistää vanhusten asemaa esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluita haettaessa. Omaisten osallisuus palveluissa asioidessa voi kuitenkin joissakin tapauksissa syrjäyttää vanhusten omat toiveet ja tavoitteet mikäli omaisilla on vahvat näkemykset asiaan. (Zechner & Valokivi 2009, 169–170.) Myös Tedre (1999, 140–141) on tuonut esiin, että omaisissa on eroja. Hänen mukaansa omaiset voivat olla resurssi, joiden kanssa hoitovastuuta jaetaan, ja jotka tukevat vanhusten toiveita. Toisaalta omaiset voivat olla myös este vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumiselle ja "ylimääräisenä taakkana ammattilaisille". Tedren mukaan joissakin tapauksissa omaisten ja ammattilaisten välille voi syntyä liitto, jossa he sopivat asioista keskenään, ilman vanhusasiakkaiden osallisuutta. (Emt.) Vanhusten ääni voi hukkuu läheisten ja ammattilaisten vuorovaikutukseen (Valokivi 2013, 164). Zechnerin, Lumme-Sandtin ja Tapion (2009, 257) mukaan hoivan tarve muuttaa aina omaisten valta-asetelmia, ja vaikuttaa siihen, kuka tekee päätöksiä.

Mennen ja Whitlatchin (2009) mukaan joissakin tilanteissa omaiset puuttuvat vanhuksia koskevaan päätöstentekoon jo ennen kuin vanhukset ovat valmiita luopumaan omasta päätösvallastaan. Tätä perustellaan muun muassa sillä, etteivät omaiset halua vaivata vanhuksia. Vanhusten välillä on myös eroja siinä, miten he haluavat olla osallisina päätöksenteossa. Menne ja Whitlatch

kirjoittavat, että osa vanhuksista on kykeneviä ja kiinnostuneita olemaan osana päätöksentekoa. He haluavat olla mukana päättämässä esimerkiksi omasta terveydenhuollosta, asumisjärjestelyistä ja arkitoiminnoista. Toiset vanhukset taas antavat mielellään päätöksenteko-oikeuden omaisilleen. (Emt.)

Omaisilla on iso rooli vanhusten asioiden hoidossa. Tämä ilmeni myös omassa aineistossani. Omaiset ovat yksi tärkeä osa, moniammatillisen työryhmän ja asiakkaiden itsensä lisäksi, palveluiden suunnittelussa ja vanhusasiakkaiden elämissä yleensäkin. Omaisten osallisuudella voi olla niin myönteisiä kuin kielteisiäkin vaikutuksia asiakkaan asemaan.



### 3 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden voidaan ajatella olevan sosiaali- ja terveystalvaeluiden arvoperusta, joka perustuu ihmisarvolle (Virtanen ym. 2011, 18). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) asiakaslähtöisyys määritellään toiminnaksi, jonka lähtökohtana on palveluita käyttävän asiakkaan tarpeet, ja jossa asiakkaan voimavarat huomioidaan. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä asiakas on mahdollisuuksiensa mukaan mukana palveluntarpeen arvioinnissa, palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja palveluiden vaikutusten arvioinnissa. (Emt.) Myös Järnström (2011a, 241) on määritellyt asiakaslähtöisyyden ideaalin työskentelytavaksi, joka perustuu vanhusten yksilöllisistä tarpeista ja toiveista. Virtasen ym. (2011, 19) mukaan toimintaa pitäisi järjestää myös asiakkaiden, ei ainoastaan palveluntuottajan tarpeiden ja resurssien, mukaan. Kirsi Juhila (2006, 249) kirjoittaa, että sosiaalityössä asiakaslähtöisyys nähdään eettisesti kestävän työn tunnuspiirteenä. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä korostuu asiakkaiden oma asiantuntijuus. (Emt.) Myös Virtanen ym. (2011, 19) kirjoittavat, että asiakas pitäisi nähdä aktiivisena toimijana, ei passiivisena palveluiden kohteena. Asiakkaiden oman elämän asiantuntijuus tekee heistä työntekijöiden kanssa tasa-arvoisen kumppanin ja toimijan palveluprosessissa. Jotta tämä onnistuisi, pitäisi asiakkaiden ja työntekijöiden käydä vuoropuhelua ja saavuttaa yhteisymmärrys siitä, miten asiakkaiden tarpeet ja organisaation resurssit kohtaisivat kaikkia tyydyttävällä tavalla. (Emt.)

Virtanen ym. (2011, 18) sanovat katsauksessaan, että keskustelu asiakaslähtöisyydestä on uusi ja kehittyvä, eikä käsitteelle ole vielä tarkkaa määritelmää. He ovat sitä mieltä, että asiakaslähtöisyyden käsitteen sisältöä pitäisi määritellä tarkemmin ja käytännönläheisemmin, jotta sitä voitaisiin käyttää yhdenmukaisesti käytännössä ja epäselvyydet siihen liittyen vähenisivät. Heidän mukaansa asiakaslähtöisyydellä on kuitenkin yhdistäviä periaatteita ja käsitteitä. Asiakaslähtöisyyden käsitettä on jaoteltu eri tavoin. Esimerkiksi Sanna Tuominen (2006) on sosiaalityön pro gradu -tutkielmassaan jaotellut asiakaslähtöisyyden käsitteen viiteen osa-alueeseen: itsemääräämisoikeus, oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus, osallistuminen ja vaikuttaminen, tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus sekä tasavertainen vuorovaikutus.

Hyödynnän omassa tutkimuksessani Sanna Järnströmin (2011b) sosiaalityön väitöskirjassaan käyttämää asiakaslähtöisyyden kolmijakoa itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja tasavertainen vuorovaikutuksen sekä tiedonsaannin ulottuvuuksista. Järnström kirjoittaa itse kehitelleensä aiemman tutkimuksen pohjalta jaottelun. (Emt.) Järnströmin jaottelusta poiketen käytän

osallisuuden ja tasavertaisen vuorovaikutuksen ulottuvuudesta pelkästään nimitystä osallisuus. Näen, että tasavertainen vuorovaikutus sisältyy vahvasti osallisuuden teemaan, joten en koe tarkoituksenmukaiseksi nostaa sitä erilliseksi osaksi.

Järnström (2011b, 45, 48) on tutkinut vanhusten asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä yhdessä geriatriassa sairaalassa. Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten vanhukset itse ja osastojen työntekijät kuvaavat puheissaan tai tuottavat teksteissään vanhusten asiakkuutta. Asiakaslähtöisyydellä Järnström kirjoittaa tarkoittavansa työtapaa, jossa työskentelyn lähtökohtana ovat vanhusten yksilölliset tarpeet ja toiveet. Siinä vanhuksilla on mahdollisuus osallistua voimavarojensa mukaan heidän elämäänsä koskevien asioiden suunnitteluun ja toteutukseen, heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan ja heillä on mahdollisuus vaikuttaa elämänsä kulkuun. Järnström on liittänyt työhönsä kuvion, jossa hän listaa kolmen asiakaslähtöisyyden osa-alueen alle piirteitä, joita hän näkee sisältyvän kuhunkin osioon. Itsemääräämisoikeuden käsitteen Järnström näkee olevan asiakaslähtöisyyden ydin, jonka toteutumiseen vaikuttavat osallisuuden ja tiedonsaannin kysymykset. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa hänen mukaansa, että asiakas saa toimia itsenäisesti, pystyy itsenäisiin ja järkeviin valintoihin, saa toimia vapaasti ja hänellä on laajat osallistumismahdollisuudet, häntä arvostetaan yksilönä, hän hallitsee itseään ja omia asioitaan, asiakkaan tarpeiden ja toiveiden kuulemista, osallistamista ja vaikuttamisen mahdollisuuksia, päätökset ovat asiakkaan itsensä tekemiä sekä voimavarojen löytämistä ja hyödyntämistä. Osallisuuteen Järnström sisällyttää oikeuden osallistua päätöksentekoon, suunnitteluun ja toteutukseen, kanssatoimijuuden, toiminnan tavoitteiden asettamisen asiakkaan kanssa, perehtymisen asiakkaan näkemyksiin, työskentelyn ja päätösten lähtökohtina asiakkaan tulkinnat, asiakkaan oma ongelmanmäärittelyn, keskinäisen kohtaamisen sekä työskentelyn tavoitteiden asettamisen asiakkaan kanssa. Tiedonsaannin Järnström näkee olevan edellytyksenä aktiiviselle osallistumiselle. Tiedonsaantiin kuuluu oikeus saada oikeaa tietoa kaikesta mahdollisesta asiakkaan asiaan liittyvästä, esimerkiksi terveydentilasta ja hoidosta sekä kielenkäyttö. (Emt.)

Järnström (2011b, 6–7) tuli tutkimuksessaan tulokseen, että asiakaslähtöisyys oli osastojen tavoitteena, mutta se ei kuitenkaan todellisuudessa toteutunut. Vanhusten itsemääräämisoikeus ei toteutunut, koska heidän omia toiveitaan tai tarpeitaan ei kysytty, avuntarpeisiin ei vastattu tai avun saaminen kesti kauan, muut tekivät päätöksiä vanhusten puolesta ja liikkumista rajoitettiin. Osallisuuden toteutumisen esteenä olivat muun muassa se, ettei vanhuksilla ollut mahdollisuuksia osallistua, eikä heidän mielipiteitään kysytty, asioita tehtiin heidän puolestaan ja ammattilaisten

kanssa oli vaikea keskustella. Tiedonsaantikaan ei toteutunut, kun vanhukset kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tietoa ja osa ei tiennyt jatkosuunnitelmistaan, lääkkeistään tai sairauksistaan. Järnströmin mukaan asiakaslähtöisyyden toteutumisen tiellä ovat muun muassa palvelujärjestelmän tehokkuusvaatimukset, järjestelmän joustamattomuus, työntekijälähtöisyys, resurssien puute sekä omaisten roolin korostuminen. (Emt.)

Myös muuta tutkimusta vanhusten parissa tehtävän työskentelyn asiakaslähtöisyydestä on tehty melko paljon. Merja Ala-Nikkola (2003) on tutkinut vanhustenhoidon koti- ja laitoshoidon päätöksentekokäytäntöjä. Myös hänen tutkimuksensa mukaan nimenomaan resurssit määrittävät koti- ja laitoshoidon palveluiden saatavuutta ja sisältöjä, ja asiakkaiden tarpeiden tulee sopeutua resurssien määrittämiin raameihin. (Emt.) Tiina Notko (2007) on tutkinut sitä, miten aito asiakaslähtöisyys voisi toteutua parhaiten iäkkäiden mielenterveyspotilaiden kanssa työskenneltäessä. Notkon johtopäätöksenä on, että iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien kokemukset kuulluksi tulemisesta, välittämisestä sekä luottamuksellisesta ja arvostavasta vuorovaikutuksesta tukevat ihmisen halua ja uskallusta tuoda omat näkemyksensä ja toiveensa esiin. Tämä voi vahvistaa ihmisen kokemusta luottamuksesta, vastuusta ja osallisuudesta. (Emt.) Tuominen (2006) on tutkinut asiakaslähtöisyyttä geriatriosastolla vanhusten kokemana. Hänen tutkielman lopputuloksena on, ettei asiakaslähtöisyys toteutunut kolmella geriatriosastolla, joista hän aineistonsa keräsi. Tuominen kirjoittaa, että asiakaslähtöisyys oli kyseisillä osastoilla ainoastaan ideaalinen ja retorinen ilmiö. (Emt.) Riitta-Liisa Kinni (2014) on tehnyt tapaustutkimuksen yhden vanhuskuntoutujan ja hänen kanssaan työskennelleestä sairaalan moniammatillisen työryhmän jäsenistä. Kinni on selvittänyt jäsenkategorisoinnin avulla, miten ammattilaiset ja asiakkaat kategorisoivat itseään ja toisiaan sairaalan moniammatillisessa työssä. Kinnin johtopäätös on, että terveydenhuollon ammattilaiset ja etenkin lääkäri käyttivät ylintä valtaa tässä tapaustutkimuksessa. Sosiaalityöntekijän puhe oli asiakaslähtöistä, mutta hänen ja vanhuskuntoutujan tiedoilla ei ollut suurta merkitystä. (Emt.)

### **3.1 Itsemääräämisoikeus**

Itsemääräämisoikeus on ihmisoikeussopimusten ja perusoikeuksien keskeinen käsite, jonka pohjalta rakentuvat useat muut oikeudet (Pahlman 2007, 270). Itsemääräämisoikeus-käsitteet synonyymejä ovat muun muassa autonomia, itsehallinta, henkilökohtainen kontrolli, vapaus ja riippumattomuus

(Collopy 1988; ref. Heikkinen 1997, 159). Työssäni käytän rinnakkain itsemääräämisoikeuden ja autonomian käsitteitä, sillä kansainvälisessä tutkimuksessa käytetään lähinnä autonomia-käsitettä, kun taas suomalaisessa tutkimuksessa niitä käytetään päällekkäisesti.

Useissa tutkimuksissa sanotaan, että itsemääräämisoikeus on yksi sosiaalityön tärkeimmistä arvoista (esim. Reinardy 1999, 59). Itsemääräämisoikeus on yksi eettisistä periaatteista muun muassa elämän ja toisten ihmisten kunnioittamisen lisäksi. Talentian ammattieettisissä ohjeissa, International Federation of Social Workersin ohjeissa (IFWS) sekä laissa sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja asemasta sanotaan, että sosiaalihuoltoa toteuttaessa on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä oikeutta osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen edellyttäen, että tämä ei uhkaa muiden oikeuksia. Täysivaltainen asiakas on kuitenkin vastuussa omista valinnoistaan ja niiden seurauksista. Ammattilaisten pitää selvittää asiakkaalle eri ratkaisuvaihtoehtojen edut, haitat ja seuraukset, jotta tämä voi tehdä omat ratkaisunsa. Mikäli asiakas ei pysty tekemään päätöksiä, tulee ammattilaisen yhdessä asiakkaan laillisen edustajan, omaisen tai muun läheisen kanssa huolehtia siitä, että asiakasta kohdellaan ihmisarvoisesti ja tehdään oikeudenmukaisia päätöksiä. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000; IFWS 2012; Talentia 2005).

Heikkinen (1997, 160) ja Jääskeläinen (2004a, 146) ovat määritelleet kompetenssin kyvyksi suoriutua tehtävistä, ymmärtää asioita ja huolehtia itsestään. Jotta ihminen pystyisi olemaan itsemääräävä ja tekemään autonomisia päätöksiä, tulee hänen olla kompetentti eli kykenevä, pätevä ja kelvollinen. Harkintatapahtuman ja päätöksentekoprosessin lisäksi kompetenssia tarvitaan päätöksen toteuttamisessa. (Heikkinen, 1997, 160.) Pahlmanin (2007, 270) mukaan kompetenssi ei ole sama asia kuin oikeustoimikelpoisuus. Vanhus, joka ei ole enää oikeustoimikelpoinen, voi silti olla autonominen. Ratkaisevaa itsemääräämisoikeudessa on vanhuksen riittävä päättämiskyky sekä ymmärrys käsillä olevasta asiasta ja päätöksen seurauksista. (Emt.)

Elliotin, Gessertin ja Peden-McAlpinen (2009) tutkimuksen mukaan vanhusten autonomisuus vaihtelee riippuen heidän toimintakyvystään. Alkuun toimintakyvyn heiketessä vanhusten itsemääräämisoikeutta tuetaan ja päätökset pohjautuvat vanhusten toiveisiin. Toimintakyvyn heikkenemisen edetessä vanhusten autonomisuus vähenee. (Emt.) Jääskeläisen (2004b, 86–87) mukaan toimintakyvyn heikkeneminen ei kuitenkaan vie automaattisesti vanhusten itsemääräämisoikeutta. Vaikka vanhusten toimintakyvyn heikkeneminen voi vaikuttaa kykyyn

selviytyä itsenäisesti arkipäiväisistä toiminnoista, ei se silti suoraan vähennä kykyä tehdä vaativiakaan päätöksiä. (Emt.)

Mäki-Petäjä-Leinonen (2010, 183–184, 188–189) kirjoittaa, että muistisairauksilla on merkittävä vaikutus vanhusten itsemääräämisoikeuteen. Muistisairaudet voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen, ja tietty vaihe määrittää ainakin pääpiirteittäin vanhusten kykyä osallistua päätöksentekoon. Sairauden eteneminen tapahtuu kuitenkin yksilöllisesti, eikä sen vuoksi tarkkoja määritelmiä itsemääräämisoikeuteen voida tehdä. Pääperiaatteena on, että muistisairauden lievässä vaiheessa vanhus kykenee tekemään autonomisia päätöksiä ja vaikeassa vaiheessa ei. Rajanvetovaikeudet koskevatkin itsemääräämisoikeutta keskivaikeassa vaiheessa. (Emt.)

Mennen ja Whitlatchin (2009, 68) tutkimuksen mukaan useat dementoivaa sairautta sairastavat vanhukset ovat halukkaita ilmaisemaan omat näkemyksensä esimerkiksi hoitoon liittyen vielä vuosia diagnoosin jälkeen. Mäki-Petäjä-Leinonen (2006, 22) sanoo, että niin kauan kun vanhukset ovat kykeneviä tekemään päteviä päätöksiä koskien heitä itseään tai omaisuuttaan, tulee heidän mielipiteensä olla etusijalla päätöksentekotilanteissa. Mäki-Petäjä-Leinosen (2010, 183) mukaan muistisairaudet vaikuttavat erityisesti vanhusten oikeuteen olla osallisina oikeudellisten päätösten tekemisessä. Esimerkiksi testamentin tekemiseen tai omaisuuden myymiseen tarvitaan vahvaa kompetenssia ja psyykkisen toimintakyvyn heiketessä vanhuksilla ei välttämättä ole tarpeeksi ymmärrystä tilanteesta, jotta voisivat tehdä merkittäviä päätöksiä. (Emt.)

Muistisairaiden ihmisten tahdon selvittäminen on usein hankalaa, jos he eivät kykene ilmaisemaan mielipiteitään selkeästi sanallisesti. Tällöin vanhusten tahdon selvittämisessä apuna voivat olla vanhusten ilmeet, äännähdykset ja eleet, joita pitää pyrkiä tulkitsemaan. Vanhusten mielipiteitä tulisi kysyä aina, vaikkei suoraa vastausta saisikaan. Tällöin myös dementoituneiden ihmisten mielipiteet huomioidaan ja itsearvostuksen tunnetta tuetaan. Näin he pääsevät vaikuttamaan oman elämänsä kulkuun toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. (Kekola, Silvander, Tähkäpää, Vanne & Viili 2004, 78.)

Itsemääräämisoikeudessa on kyse turvallisuudesta eli hyvän tekemisestä ja turvattomuudesta sekä riippumattomuudesta eli itsemääräämisestä ja riippuvuudesta. Mikäli vanhuksen päätökset voivat olla vaaraksi hänelle itselleen tai muille, voidaan riippumattomuuteen puuttua turvallisuuden takaamiseksi. Mikäli turvallisuutta painotetaan liikaa, voi se johtaa vanhuksen näkemysten

sivuuttamiseen. Toisaalta taas riippumattomuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa voidaan mennä niin pitkälle, että se on jo heitteillejättöä. (Mäki ym. 2000, 30.) Riippumattomuuden ja turvaamisen periaatteet ovat lähtökohtaisesti samanarvoisia tehtäessä vanhusta koskevia päätöksiä. Ihanteena on kuitenkin, että itsemääräämisoikeus olisi etusijalla ja vanhuksen omaa tahtoa kunnioitettaisiin. Esimerkiksi tilanteessa, jossa vanhuksen ja hänen omaistensa toiveet ovat ristiriidassa, pääperiaatteena on vanhuksen toiveen toteuttaminen, mikäli vanhus on vielä kykenevä ymmärtämään päätöksen merkityksen. Vasta kun on selvää näyttöä siitä, ettei vanhus ole kompetentti päätöksentekoon, tulee turvaamisen periaate määrääväksi. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2006, 23.)

Joissakin tilanteissa ammattilaiset ja omaiset voivat uskoa tietävänsä paremmin, mikä on vanhukselle hyväksi, joka voi johtaa itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Tätä kutsutaan holhoamiseksi tai paternalismiksi eli korostetaan huolenpidon periaatetta suhteessa itsemääräämiseen. (Rauhala-Heyes 1998, 65.) Autonomiaan puuttuminen on hyväksyttävää tilanteissa, joissa halutaan suojella joitain muita tärkeänä pidettäviä etuja, kuten terveyttä tai henkeä (Launis 2010, 137; Oshana 2003, 126). Paternalisella puuttumisella pyritään estämään vahinkoja, joita henkilö voi tiedostaen tai tiedostamattaan itselleen tai muille aiheuttaa. (Launis 2010, 137). Mikäli toimitaan vastoin vanhuksen omaa tahtoa, tulee hänen mielipiteitään silti kuulla ja perustella hänelle ratkaisu, johon on päädytty (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 53). Elliotin, Gessertin ja Peden-McAlpinen (2009) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset oikeuttivat vanhusten puolesta tekemiään päätöksiä sillä, että ne pohjautuivat vanhusten omiin haluihin, tarpeisiin ja toiveisiin. Omaiset kertoivat tekevänsä paljon työtä sen eteen, että vanhusten omaa tahtoa kunnioitettaisiin. (Emt.)

Kompetenssi vaikuttaa siihen, miten ihminen voi osallistua päätöksentekoon, mutta myös siihen, miten muut ovat velvollisia huolehtimaan hänen asioistaan ja eduistaan (Jääskeläinen 2004a, 146). Toimintakyvyiltään heikentyneiden vanhusten itsemääräämisoikeus on monimutkainen asia, joka vaatii tasapainottelua niin omaisilta, läheisiltä kuin ammattilaisiltakin. Mennen ja Whitlatchin (2009, 68) mukaan näistä tilanteista tekee erityisen haastavan se, ettei ole mitään selvästi määriteltyjä oireita tai ajankohtaa, jolloin vanhukset eivät ole enää kyvykkäitä osallistumaan päätöksentekoon. Järnström (2011a, 247) tuo esiin käsitteen hierarkkinen valta, jolla hän tarkoittaa sitä, että ammattilaisilla on valta määritellä vanhusten kompetenssi, eli pystyvätkö he ymmärtämään asioitaan. Viime kädessä arvion vanhuksen kompetenssista tekee hoitava lääkäri (Lammi 2007, 87).

Järnström (2011a, 247) kirjoittaa, että hänen tutkimuksessaan lääkärinkierroilla vanhukset määriteltiin usein kykenemättömiksi tekemään päätöksiä. Järnström tuokin esiin, että mikäli vanhusten kyky tehdä päätöksiä on ainoastaan hetkellisesti alentunut, voitaisiin harkita, pystytäänkö päätöksentekoa siirtämään myöhemmäksi. (Emt.)

Ammattilaisten, omaisten tai muiden läheisten tehdessä päätöksiä vanhuksen puolesta tulee päätöksentekoa ohjata oletus vanhuksen omista toiveista ja arvomaailmasta sekä vanhuksen parhaan toteutumisesta (Pahlman 2007, 270–272). Ammatteisilla ja omaisilla on velvollisuus edistää vanhuksen fyysistä omatoimisuutta, itsenäistä ajattelua ja päätöksentekoon osallistumista (Karvinen 2010, 138). Jääskeläisen (2004b, 90) näkemys asiasta on, että mitä lähempänä kuolemaa ollaan, sitä tärkeämpää on huomioida vanhuksen oma tahto, eikä omaisten ja hoito-organisaation tavoitteita. Toimintakyvyiltään heikentyneet vanhukset eivät välttämättä osaa vaatia itselleen kuuluvia oikeuksia ja siksi onkin erityisen tärkeää, että ammattilaiset, omaiset ja muut läheiset herkistyvät vanhusten omalle äänelle (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 42–43).

Palvelutarpeen arvioita tehtäessä vanhusten tahto pitäisi huomioida. Tehdyt päätökset koskevat vanhusasiakkaiden elämää, joten heillä pitäisi olla valtaa vaikuttaa päätöksiensä sisältöön.

### **3.2 Osallisuus**

Toimintakyvyiltään heikentyneiden vanhusten mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon riippuu heidän kyvyistään ymmärtää käsillä oleva tilanne ja esittää omat tarpeensa ja toiveensa. Osallisuuden määrä päätöksentekotilanteissa vaihtelee riippuen vanhusten kompetenssista. Osallisuus voidaan jakaa kolmeen asteeseen: 1) kerrotaan ihmiselle tietoa tilanteesta ja kysytään hänen mielipidettään, 2) annetaan hänen päättää joistain asioista tai 3) annetaan täysi oikeus päätöksentekoon. Kompetenssin määrittelylle ei kuitenkaan ole yhtä hyväksyttyä tapaa, joka tekee päätöksentekotilanteesta hankalaa. Vanhusten mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon vaihtelevat riippuen päätöksen laadusta ja sen seurausten vaikutuksesta heidän hyvinvointiinsa. Vähäriskinen päätös ei vaadi niin vahvaa kompetenssia kuin merkittävä päätös. (Banks 2006, 118–119.)

Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2010, 46) esittävät, että ammattilaisten, omaisten ja läheisten pitää tukea vanhusten voimavaroja ja kannustaa heitä itsenäiseen toimintaan. Tätä kutsutaan myös kuntouttavaksi työotteeksi (Ronkainen ym. 2002, 103.) Muistisairaat vanhuksen pystyvät jossain määrin olemaan osallisina asioiden hoidossa, jotka ovat yhteyksissä heidän välittömään arkeen. Mielipiteiden ja palautteen huomioiminen arkisissa palvelukohtaamisissa edesauttaa muistisairaiden vanhusten osallisuutta. (Valokivi 2013, 163.) Vanhusten omaa osallisuutta voidaan tukea siten, että heidän annetaan tehdä kaikki se, mihin he pystyvät. Vanhuksilta pitäisi kysyä, mitä he pystyvät tekemään itse ja mihin tarvitsevat toisten apua. Vanhusten puolesta ei pitäisi tehdä asioita, joihin he kykenevät myös itsenäisesti. Autonomian vähetessä pienetkin omatoimisesti suoritettut arkipäivän toiminnot, kuten kukkien kastelu tai pölyjen pyyhkiminen voivat lisätä vanhusten itsekunnioitusta ja antaa elämälle tarkoitusta. Vanhusten autonomisuutta voidaan kunnioittaa siten, että heidän voimavarojaan tuetaan ja he saavat tarvittavaa apua suoriutumiseensa. (Karvinen 2010, 135–138.)

Mennen ja Whitlatchin (2009) tutkimus on osoittanut, että mitä suurempaa vanhusten osallisuus heidän oman arkensa kulkuun on, sitä paremmaksi vanhukset ovat arvioineet elämänlaatunsa, heillä esiintyy vähemmän masennusta ja suhteet hoitajiin ovat paremmat. Dementoituneen vanhuksen itsemääräämisoikeutta voitaisiin tukea antamalla vanhuksen osallistua arkipäiväisten asioiden päättämiseen niin pitkään kuin mahdollista. Vanhus voisi esimerkiksi päättää, milloin haluaa herätä, mitä pukea päällensä ja mitä syödä. Tällainen vanhuksen osallistaminen tukisi niin vanhuksen kuin myös hänen hoitajiensa hyvinvointia. (Emt.) Lammi (2007, 88) kirjoittaa, että esimerkiksi omasta taloudesta ja lompakosta huolehtiminen on vanhuksille tärkeää identiteetin kannalta ja kaupassa tai pankissa käynti voi olla merkittävä tapahtuma. Toimintakyvyn heiketessä vanhukset eivät välttämättä enää pysty itsenäisesti hoitamaan raha-asioitaan, mutta heidän osallisuuttaan voidaan tukea ottamalla vanhukset mukaan kauppaan tai pankkiin ja näin he pääsevät osalliseksi itseään koskevien asioiden hoitamiseen. (Emt.)

Menne ja Whitlatch (2009) kirjoittavat tutkimuksessaan, että omaiset, läheiset ja ammattilaiset saattavat sivuuttaa vanhusten oman äänen liian helposti muistisairauden varjolla ajattelemalla muistisairaiden vanhusten olevan kyvyttömiä päätöksentekoon. Heidän mukaansa tutkimukset osoittavat, että lievässä ja keskivaikeassa vaiheessa olevat muistisairaat kykenevät ilmaisemaan tahtonsa esimerkiksi terveydenhoitoon liittyvissä asioissa ja siinä, keiden haluaa päätöksiä puolestaan tekevän. Dementian vaikeassa vaiheessa vanhukset voivat esittää mieltymyksiään esimerkiksi lempivärinsä suhteen. (Emt.) Järnström (2011a 246) on tuonut esiin, että vanhukset



voivat olla työskentelyn keskiössä, mutteivät subjekteina. Vanhukset eivät välttämättä pysty vaikuttamaan asioihinsa, erityisesti jos näkemykset poikkeavat ammattilaisten kanssa. Järnströmin mukaan moniammatillinen työskentely voi jopa haitata vanhusten osallisuutta. Ammatillaiset keskustelevat vanhusten asioista keskenään ja vanhusasiakkaat jäävät kuuntelijan ja toiminnan kohteen asemaan. (Emt.)

Jotta vanhus pystyy todella osallistumaan omasta elämästään käytävään keskusteluun ja päätöksentekoon, on tasavertainen vuorovaikutus tärkeää. Lähtökohtana ovat asiakkaan oma asiantuntijuus ja omista lähtökohdista nostama tieto. Vaikka asiakkaan tiedon rinnalle tarvitaan usein ammatillista tietoa, kunnioittava suhtautuminen, kuulluksi tuleminen ja vakavasti ottaminen ovat merkittäviä tekijöitä osallisuuden kokemukselle. Onnistuneessa vuorovaikutussuhteessa vanhus saa olla mukana työskentelyn tavoitteiden asettamisessa ja hänellä on mahdollisuus tehdä valintoja eri vaihtoehtojen väliltä. (Juhila 2006, 119, 139; Lehtonen 1998, 8–9.) Myös mahdollisuus puhua avoimesti eli vuorovaikutussuhteen turvallisuus ja luottamus on tärkeää (Järnström 2011a, 244).

Kysymys osallisuudesta on tärkeä tarkasteltaessa palvelutarpeen arvioita. Käsiteltävät asiat koskevat vanhusasiakkaiden elämää, joten on ensisijaisen tärkeää, että heille annetaan mahdollisuus olla osallisina keskusteluissa ja päätöksenteossa. Vaikka vanhusten tahtoa ei voitaisikaan toteuttaa, tulisi heidän mielipiteitään kuunnella.

### **3.3 Tiedonsaanti**

Tiedonsaanti on edellytys vanhuksen aktiiviselle osallistumiselle ja autonomisten päätösten tekemiselle (Järnström 2011b, 48). Jotta vanhus kykenisi osallistumaan omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon, tulee hänen ymmärtää käsillä oleva tilanne. Vanhukselle tulee kertoa riittävästi ymmärrettävää tietoa päätöksentekoon liittyvistä seikoista ja hänelle pitää esitellä eri vaihtoehdot sekä kertoa päätöksen hyvistä ja huonoista vaikutuksista (Tie hyvään vanhuuteen...2007, 18). Myös Laissa sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja asemasta (2012) sanotaan, että asiakkaan osallisuus päätöksentekoon voi toteutua vain, jos hän saa riittävästi tietoa oikeuksistaan, hänelle lain mukaan kuuluvista etuuksista ja palveluista sekä muista asiaan vaikuttavista seikoista.

Kielenkäyttö on myös tärkeää. Omaisten ja ammattilaisten on huolehdittava siitä, että he kertovat asioista ymmärrettävästi. Erityisesti ammattilaisten on huolehdittava, etteivät he käytä vaikeaselkoista ammattikieltä. (Järnström 2011b, 54.) Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2010, 43, 49) sanovat, että selkeän tiedonannon tärkeys korostuu erityisesti työskenneltäessä muistisairaiden vanhusten kanssa, sillä heidän on vaikeaa vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Oleellisen tiedon antaminen ymmärrettävällä tavalla tuo turvaa, sillä se auttaa vanhuksia ymmärtämään ja hahmottamaan omaa tilannettaan. Myös esimerkiksi kuulon tai näön huonontuminen heikentävät vanhusten kykyä valvoa omien etujensa toteutumista. (Emt.) Eloniemi-Sulkava (2002, 26–28) ohjeistaa muistisairaiden kanssa keskusteltaessa välttämään polveilevaa, asiasta toiseen hyppivää puhetapaa sekä useasta asiasta yhtä aikaa puhumista. Myös rauhallinen tilanne helpottaa muistisairaahan ihmisen ymmärrystä. Eloniemi-Sulkavan mukaan muistisairaathan aistivat herkästi ympäristön tunnelmaa, joten yleinen ilmapiiri voi olla merkityksellinen tapaamisilla. (Emt.)

Tiedonsaannin merkitys korostuu palvelutarpeen arvioiden tekemisessä. Tapaamisilla käsitellään laajasti vanhusten elämää, ja lisäksi kaupungin käytäntöjen ja palveluiden kirjo on laaja ja monimutkainen. Tapaamisilla tulee paljon erilaisia asioita esiin. Siksi on tärkeää, että tietoa annetaan ymmärrettävällä tavalla, ja että viimeistään lopuksi varmistetaan asiakkaiden ymmärrys. Myös yhteenveto sovitusta on tärkeää, jotta vanhuksilla olisi käsitystä siitä, mitä jatkossa tulee tapahtumaan.

## 4 Tutkimuksen toteuttaminen

### 4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymys

Tutkielmani on laadullinen tutkimus, jonka tavoitteena on selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotikäynneillä, joilla tehdään kotona asuville, toimintakyvyiltään heikentyneille vanhuksille palvelutarpeen arvioita. Työssäni tutkin kolmea institutionaalista vuorovaikutustilannetta, joissa oli paikalla moniammatillinen työryhmä, vanhusasiakkaat sekä asiakkaiden omaiset. Itse olin havainnoijana paikalla ja nauhoitin keskustelut tarkemman analyysin tekemisen mahdollistamiseksi. Aineistoni analyysi rakentuu osittain teorialähtöisesti eli teoreettisena viitekehyksenä toimii Sanna Järnströmin (2011b) väitöskirjassaan käyttämä asiakaslähtöisyyden kolmijako. Vaikka minulla oli teoria tukemassa aineistoni luokittelua, näen silti varsinaisen analyysin olevan vahvasti aineistolähtöistä. Jaottelin aineiston Järnströmin asiakaslähtöisyyden kolmijaon mukaisesti, mutta alaluokat muodostin aineistostani nousseista ilmiöistä. Järnström on jakanut asiakaslähtöisyyden itsemäääämisoikeuden, osallisuuden sekä tiedonsaannin ulottuvuuksiin. Järnströmin tavoin ymmärrän tutkielmassani asiakaslähtöisyyden siten, että työskentelyn lähtökohtana ovat vanhusten toiveet ja tarpeet, ja että vanhuksilla on aidosti mahdollisuus osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon ja tavoitteiden asettamiseen. (Emt.) Työssäni en käyttänyt vain yhtä, tiettyä analyysimenetelmää, vaan otin vaikutteita useammasta. Hyödynnän rinnakkain sisällön- ja diskurssianalyttisiä menetelmiä. Käsittelen näitä tarkemmin luvussa 4.4.

Aitoja vuorovaikutustilanteita tutkimalla pyrin löytämään vastauksen tutkimuskysymykseeni. Mielestäni juuri aitojen vuorovaikutustilanteiden tutkiminen on mielenkiintoista, sillä siinä pystytään pureutumaan pieniin, tiedostamattomiin ja helposti huomaamattomaksi jääviin keskustelun vivahteisiin. Esimerkiksi haastattelututkimuksella nämä jäävät näkymättömäksi, koska siinä tulkinnat tilanteista ovat subjektiivisia ja perustuvat haastateltavien omiin näkemyksiin ja kokemuksiin.

Tutkimuskysymykseni on

*Miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotikäynneillä, joilla tehdään kotona asuville, toimintakyvyiltään heikentyneille vanhuksille palvelutarpeen arvio?*

## 4.2 Institutionaalinen vuorovaikutus

Jokisen, Suonisen ja Wahlströmin (2000, 15) mukaan asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutuksellinen käytäntö on tärkeä sosiaalityön osa, joka jää usein näkymättömäksi sen abstraktiuden vuoksi. Puheen ja vuorovaikutuksen ollessa yksi merkittävin osa sosiaalityötä, niiden tutkiminen hyödyttäisi sosiaalityön professiota. Olisi hyödyllistä tarkastella sosiaalityöntekijöiden valmiuksia ja taitoja kommunikoida asiakkaiden ja muiden ammattilaisten kanssa. (Hall, Slembrouck & Sarangi 2006, 170–171.) Juhilan (2004, 177–178) mukaan vuorovaikutuksen tutkiminen on mikromaailman analysoimista, ja sosiaalityön käytännön koostuessa pitkälti kohtaamisista asiakkaiden ja muiden ammattilaisten kanssa, on vuorovaikutuksen tutkiminen luonteva menetelmä sosiaalityön tutkimukseen. Juhila kirjoittaa, että sosiaalityössä pitäisi huomioda rakenteellisen vallan vaikutus myös mikromaailmoihin eli paikallisiin vuorovaikutustilanteisiin. (Emt.)

Mönkkönen (2007, 40–44) arvioi, että asiakastyön vuorovaikutustilanteita tutkitaan yhä enemmän sosiaali- ja hoitotieteissä. Vuorovaikutustilanteita tutkittaessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten keskusteluun osalliset tulkitsevat sosiaalisia tilanteita, kuinka he toimivat niissä ja miten he ohjaavat ja ylläpitävät sosiaalisia prosesseja. On tutkittu esimerkiksi, minkälaisia rooleja keskusteluissa osallistujat, työntekijät ja asiakkaat, ottavat tai tarjoavat toisilleen. (Emt.) Juhila (2004, 177–178) tuo esiin, että vuorovaikutuksen tutkimisella voidaan tuoda näkyväksi valta-asetelmia ja toimijuuksia. Mikrovaltaa voidaan tarkastella esimerkiksi erittelemällä kenen ääni kohtaamisissa kuuluu, kenellä on asiantuntijan rooli ja missä asioissa sekä mitä tulkintoja nostetaan esiin ja mitä vaiennetaan. (Emt.) Jokinen ym. (2000, 17–18) kirjoittavat vuorovaikutuksesta ja sen tutkimisesta, että asiakas ja työntekijä rakentavat sosiaalista todellisuutta keskusteluissaan. Asiakas ei ole välttämättä ainoastaan toiminnan kohde, vaan yksi osallinen prosessissa, sillä vuorovaikutuksessa syntynyt lopputulos on aina vähintään kahden osapuolen tuottama tulos. Tämä ei tarkoita välttämättä kuitenkaan tasa-arvoista keskustelua, vaan tilanteissa voi ilmetä erilaisia institutionaalisia rooleja ja niiden myötä valta-asetelmia. Vuorovaikutukseen osallistujat ovat kuitenkin ne, jotka tulkitsevat tilanteessa eri toimijoiden tehtäviä ja asemaa. (Emt.)

Vuorovaikutustilanteet voidaan jakaa arkikeskusteluihin sekä institutionaaliin keskusteluihin, joiden nähdään rakentuvan joiltain osin samoista aineksista. Arkikeskusteluja eli ystävien tai tuttavien välillä käytäviä keskusteluja pidetään vuorovaikutuksen perusmuotona. Arkikeskustelu

opitaan jo lapsena, kun taas institutionaalisen vuorovaikutuksen käytäntöjä harjoitellaan myöhemmässä vaiheessa. Arkikeskusteluissakin on sääntöjä ja rakenteita, mutta keskustelun osallisilla on enemmän keskustelun keinoja ja roolit eivät ole niin tiukkarajaisia. Institutionaalisten keskustelujen erityispiirteinä on, että ne ovat yleensä tehtävä- ja päämääräorientoituneita eli niissä suoritetaan jotain tiettyä tehtävää. Tämän vuoksi institutionaaliset keskustelut ovat arkikeskusteluja suppeampia ja keskittyneitä tiettyihin teemoihin. Lisäksi institutionaaliset keskustelut ovat usein älyllisiä tai kohtalokkaita joillekin osallistujalle. Institutionaalisessa vuorovaikutuksessa toteutuu ennalta määrätty yhteiskunnalliset ja ammatilliset tehtävät, ja osalliset asemoituvat keskusteluissa tiettyihin rooleihin. Institutionaalisia vuorovaikutustilanteita tutkittaessa ollaankin usein kiinnostuneita siitä, miten osalliset ottavat toiminnassaan huomioon nämä instituutioiden roolit, tehtävät ja normit. Institutionaalinen vuorovaikutus voi olla formaalia keskustelua tai enemmän arkikeskustelumaista, vähemmän formaalia keskustelua. Formaalisessa institutionaalisessa keskustelussa muotoseikat ovat tarkempia, kuten esimerkiksi puheenvuorojen jakaantuminen oikeussalissa. Vähemmän formaalisessa institutionaalisessa keskustelussa, kuten vanhuksen kotona tapahtuvassa tapaamisessa vuorovaikutus voi muodostua lähemmäksi arkista keskustelua. (Drew & Heritage 1992, 20–28; Heritage 1996, 10, 18, 234–235; Jokinen ym. 2000, 16; Raevaara, Ruusuvaori & Haakana 2001, 13–14.)

Aineistoni kotikäynnit ovat institutionaalisia vuorovaikutustilanteita, joissa lainsäädäntö, kaupungin käytännöt ja erilaiset ennalta asetetut tehtävät ja roolit ohjaavat tapahtumia. Poikkeuksellisen tapaamisista tekee se, että ne tapahtuvat asiakkaiden kodeissa, mikä muokkaa tilanteista hieman erilaisia suhteissa organisaation toimipisteissä järjestettyihin tapaamisiin.

### **4.3 Aineiston keruu ja kuvaus**

Olen työskennellyt vanhuspalveluissa sosiaalityöntekijänä ja sovin silloisen esimieheni kanssa, että kerään pro gradu -tutkielmani aineiston heidän toimipisteessään. Keskustelin aiheesta myös työyhteisön kanssa, jossa oltiin kiinnostuneita aiheestani ja valmiita ottamaan minut mukaan kotikäynneille. Saatuaani tutkimusluvan, osallistuin kyseisen toimipisteen sosiaalityöntekijöiden kokoukseen, jossa työntekijät saivat kysellä työstäni ja alustavasti sovimme, että sosiaalityöntekijät ovat minuun yhteydessä, kun heille tulee asettamani kriteerit täyttäviä kotikäyntejä. Ennen tätä kokousta olin ollut innostunut aiheestani ja tavoitteenani oli kerätä aineisto muutamassa viikossa.

En ajatellut kotikäynneille pääsemisen olevan ongelma, sillä koin aiheeni kiinnostavana ja tutkielman tuloksien hyödyttävän niin työyhteisöä kuin asiakkaita ja vanhuksia yleisestikin. Kokouksessa kuitenkin muutama työntekijä mietti työhöni liittyviä eettisiä kysymyksiä. Erityisesti kotikäyntien nauhoittaminen ja muistisairaiden asiakkaiden osallistuminen ja pätevän suostumuksen antaminen mietityttivät. Oma näkemykseni on, että myös muistisairailla ihmisillä on oikeus sanoa oma mielipiteensä siitä, haluaako osallistua tai olla osallistumatta tutkimuksiin. On tärkeää, että tutkimuksen kautta saadaan myös muistisairaiden ihmisten elämästä ja tilanteista tietoa. Tehdäänhän lapsistakin tutkimusta ja kysymys pätevän suostumuksen antamisesta on mielestäni vielä hankalampi heidän kohdallaan. Kokouksen keskustelu siitä, saako muistisairaita ihmisiä tutkia vai ei, lisäsi mielenkiintoani aihettani kohtaan entisestään ja osoitti, että aiheeni on tärkeä. Oli kiinnostavaa huomata, että tutkin vanhusten mahdollisuutta osallistua heidän elämästään käytäviin keskusteluihin ja päätöksentekoon, ja jo aineistonkeruun suunnitteluvaiheessa ulkopuolinen henkilö, eli tässä sosiaalityöntekijä, yritti puuttua vanhusten mahdollisuuteen osallistua tutkimukseen. Toki tarkoituksena on suojella haavoittuvaa asiakasryhmää, mutta suljetaanko silloin muistisairaavat vanhukset ulkopuolelle ja hiljennetään heidän ääntään.

Kokouksen jälkeen aloin ensimmäistä kertaa miettiä, olinko ollut liian optimistinen aineistonkeruun suhteen. Olin ainoastaan pohtinut asiakkaiden ja omaisten halukkuutta ottaa minut ja nauhurini tapaamisille mukaan, enkä ollut ajatellut, että läsnäolonani voisi olla nimenomaan ammattilaisille ongelma. Olinhan tulossa tavallaan arvioimaan heidän työtapojaan. Huoleni osoittautui aiheelliseksi, sillä en päässyt yhdellekään kotikäynnille kevään tai kesän aikana. Syynä tähän saattoivat olla myös kesälomat sekä se, että yksikössä oli käynnissä toimintatapojen muutoksia esimerkiksi juuri sen suhteen, kuka tekee palvelutarpeen arviot ja mennäänkö edes kotiin vai tehdäänkö arvio puhelimesta. Syyskuussa otin erilaisen lähestymistavan ja otin henkilökohtaisesti sähköpostilla yhteyttä sosiaalityöntekijöihin. Tämä keino osoittautui toimivaksi ja syys- ja lokakuun aikana pääsin kolmelle kotikäynnille.

Työni kannalta mahdollisimman hyödyllisen aineiston saamiseksi minun täytyi tehdä jonkinlaista rajausta kotikäyntien ja asiakkaiden suhteen. Tutkimussuunnitelmassani olin tehnyt rajauksen, että osallistun kotikäynneille, joihin osallistuu sosiaalityöntekijä, kotihoidon henkilökuntaa, vanhusasiakas itse ja vanhuksen omaiset. Näin paikalla olisi riittävästi osallisia, jotta pystyisin arvioimaan vuorovaikutustilannetta ja sen asiakaslähtöisyyttä. Halusin, että omaisia on paikalla, koska heidän läsnäolollaan voi olla merkitystä valta-asetelmien muodostumiseen. Halusin päästä

seuraamaan nimenomaan palvelutarpeen arvioiden tekemistä, sillä niillä tapaamisilla on yleensä mukana moniammatillinen työryhmä ja vanhusten omaisia. Lisäksi niissä käsitellään vanhusten elämää kokonaisvaltaisesti, eikä keskitytä ainoastaan yhteen tiettyyn kysymykseen. Lähtökohtaisesti tarkoitukseni ei ollut valikoida tutkittaviksi muistisairaita vanhusasiakkaita. Oletukseni kuitenkin oli, että muistisairaudet tulevat korostumaan aineistossani, sillä merkittävä osa vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijän asiakkuuteen ohjautuvista asiakkaista sairastavat jonkin asteista muistisairautta. Vaatimukseni kuitenkin oli, että vanhusasiakkaat kuuluvat neljänteen tai viidenteen ikään (Sarvimäki & Heimonen 2010), jotta toimintakyvyssä olisi tapahtunut jonkinlaisia muutoksia. Neljäntenä vaatimuksena oli, että vanhukset asuvat edelleen kotona. Halusin kerätä aineistoni tapaamisilla, jotka järjestettiin vanhusten omissa kodeissa, sillä Hallin ym. (2006) tapaan näen, että vanhusasiakkaat ovat vahvimmillaan oman kodin piirissä. Koti on ihmisen luonnollinen ympäristö ja siellä toimintakyvyn muutokset eivät välttämättä haittaa arjessa selviytymistä niin selvästi kuin vaikkapa laitoksessa. Tämä mielestäni edistää myös tutkittavien vanhusten osallisuutta vuorovaikutustilanteissa.

Aineistonkeruussani on vaikutteita osallistuvasta havainnoinnista. Eskola ja Suoranta (2008, 98–99) kirjoittavat, että se on aineiston keruutapa, jossa tutkija osallistuu tutkimansa yhteisön toimintaan. Oma osallisuuteni aste oli havainnointia ilman varsinaista osallistumista. (Emt.) Pysin olemaan keskusteluissa mahdollisimman huomaamaton. Kotikäynneillä varsinaisen keskustelun alkaessa, käynnistin nauhurin, kirjoitin muistiinpanoja ja istuin hieman syrjässä hiljaa, enkä ottanut osaa keskusteluihin. Osalliset kuitenkin katseillaan huomioivat minut katsoen välillä minuun puhuessaan.

Hiljaisen havainnoijan roolista huolimatta läsnäolollani kotikäynneillä oli todennäköisesti merkitystä keskustelujen kulkuun. Läsnäolijat olivat tietoisia, että tutkielmani aiheena on vanhusten mahdollisuus osallistua keskusteluihin, ja tällä oli varmasti vaikutusta osallisten käyttäytymiseen. Osalliset saattoivat toimia harkitummin, kun tarkkailin heitä ja nauhoitin puheen. Tällä on luonnollisesti vaikutus tutkielman tuloksiin. Myös analyysivaiheessa tutkijan tulkinnat vuorovaikutustilanteista, ja siitä, mitä kohtia aineistosta työhön poimitaan, vaikuttavat tutkimustuloksiin. Topo (2006, 25) kirjoittaa, että myös vanhuksen sen hetkinen kunto asettaa haastetta tutkimustulosten luotettavuudelle. Se että vanhuksilla, kuten muillakin ihmisillä on hyviä ja huonoja päiviä, vaikuttaa varmasti tutkimustuloksiini. Koska tutkimukseen osallistuvien vanhusten asiakas- tai sairaushistoriat eivät olleet minulle tuttuja, en voi olla tietoinen eri seikoista,

jotka saattoivat vaikuttaa palvelutarpeen arvioiden kulkuun. Esimerkiksi vanhus olisi voinut ottaa aamulla suuren määrän lääkkeitä, joka voi tehdä hänestä väsyneen ja siksi vetäytyä keskustelutilanteesta. Jos palvelutarpeen arvio olisi tehty seuraavana päivänä tai vaikkapa iltapäivällä, olisi vanhuksen osallisuus tilanteeseen voinut olla erilainen.

Olen aiemmin itse toiminut niin työntekijän kuin omaisenkin roolissa tällaisissa moniammatillisissa tapaamisissa. Koin antoisaksi aineistoa kerätessäni, ettei minun tarvinnut keskittyä tapaamisten asiasisältöön tai osallistua keskusteluun, vaan ainoastaan keskityin osallisten keskustelutapoihin ja elekieleen. Keskustelun ulkopuolelta pystyi huomaamaan asioita, joihin ei ehdi kiinnittää huomiota ollessaan keskustelussa mukana. Aineistoni on kiinnostava myös siksi, että pääsin itse tekemään johtopäätöksiä aidoista vuorovaikutustilanteista, enkä ainoastaan kysymään asiakkaiden, ammattilaisten tai omaisten omia kokemuksia palvelutarpeen arvioiden asiakaslähtöisyydestä. Vaikka läsnäoloni tapaamisilla varmasti vaikutti osittain osallisten toimintaan, uskon silti tutkielmani tuottaman tiedon olevan objektiivisempaa kuin haastatteluilla saadun tiedon. Perustelen tätä sillä, että vaikka työssä esiin tuomani tieto on oma tulkintani tilanteista, on se silti suhteellisen objektiivista, koska tarkastelen ja käsittelen tietoa ulkopuolisena henkilönä. Koska minulla ei ollut erityistä roolia tai tehtävää tapaamisilla, pystyn mielestäni käsittelemään tietoa neutraalimmin. Ennakko-oletukseni siitä, että asiakaslähtöisyys ei toteudu palvelutarpeen arvioissa todennäköisesti vaikutti tekemiini tulkintoihin jossain määrin, mutta tätä tekijää on mahdotonta täysin sulkea pois tutkimuksen teosta.

Kotikäyntien jälkeen kirjoitin nauhoitetun aineiston sanasta sanaan tekstimuotoon. Puheen lisäksi kirjoitin sulkeisiin naurahdukset, hymähdykset, yskimiset, päälle puhumiset, päällekkäiset keskustelut, tauot ja mahdolliset tilassa liikkumiset, mikäli ne oli mahdollista päätellä nauhoitetuista äänistä. Toisin sanoen kirjoitin kaiken, mikä nauhalta kuuluu. Koska kaikilla kotikäynneillä keskustelijoita oli useampia, päälle puhumisia oli paljon. Aineisto-otteita lukiessa tämä pistää silmään, vaikka kaikissa tilanteissa päälle puhuminen ei ollut varsinaista toisen puheen keskeyttämistä, vaan normaalia, vilkasta keskustelua. En käyttänyt litteroinnin tukena tarkkoja apuvälineitä tai merkistöä. Kokonaisuudessaan litteroitua tekstiä tuli 109 sivua.

Aineistoni vanhusasiakkaat kuuluvat Sarvimäen ja Heimosen jaottelun neljännen ja viidennen iän välimaastoon ja Greenin jaottelun "vanhat vanhat" – kategoriaan. He olivat toimintakyvyiltään erilaisia, mutta yhteistä heillä oli, että he olivat hyvin riippuvaisia omaistensa tuesta. Osalla kotona



asuminen sujui suhteellisen hyvin omaisten ja yhteiskunnan tarjoaman tuen avulla, toisilla taas asuminen kotona oli haastavaa tuesta huolimatta. Kotikäynneillä kartoitettiin asiakkaiden palveluiden tarvetta ja arvioitiin kotona pärjäämistä. Tapaamisilla myös sovittiin palveluiden käyttöönotosta. Vasta kotikäyntien jälkeen sosiaalityöntekijät laativat kirjallisen palvelusuunnitelman, joka tarvittaessa lähetetään asiakkaille.

Seuraavaksi kuvailen lyhyesti jokaista kotikäyntiä, asiakkaiden tilannetta ja kuntoa omien havaintojeni ja keskustelujen perusteella. Tunnistettavuuden estämiseksi olen muuttanut paikkakuntien sekä osallisten nimet. Kotikäynneillä mukana olleiden ammattilaisten kohdalla käytän ainoastaan ammattinimikkeitä, kuten sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. Asiakkaiden ja omaisten kohdalla käytän keksittyjä nimiä.

Ensimmäisellä kotikäynnillä oli mukana sosiaalityöntekijä, kotihoidon sairaanhoitaja, asiakas (Saima) ja asiakkaan poika (Juha). Saimalla oli diagnosoitu muistisairaus noin puoli vuotta aiemmin ja sairaus oli lievässä vaiheessa. Hän oli jäänyt muutamia vuosia aiemmin leskeksi ja asui yksin omassa kodissaan. Kotikäynnin tarkoituksena oli ottaa kotihoidon palveluita käyttöön omaisten huolen vuoksi. Kotikäynnillä mukana ollut poika toimi Saiman taloudellisena edunvalvojana. Saima pystyi osallistumaan aktiivisesti keskusteluihin. Keskustelut käytiin Saiman olohuoneessa, ruokapöydän ääressä, joten kaikki olivat lähellä toisiaan. Saima istui pöydän päässä. Myös tutkija istui samassa pöydässä. Tästä kotikäynnistä tuli tunti 22 minuuttia nauhoitettua aineistoa ja 55 sivua litteroitua tekstiä.

Toisella kotikäynnillä oli mukana sosiaalityöntekijä, kotihoidon sairaanhoitaja, asiakas (Kerttu) ja asiakkaan puoliso (Hannu). Kerttu oli muistisairauden vaikeassa vaiheessa, mutta pystyi allekirjoittamaan lupalapun avustettuna. Hän ei osallistunut oma-aloitteisesti keskusteluun, mutta oli selvästi tilanteen tasalla, sillä osasi heti vastata lyhyesti, mikäli häneltä kysyttiin jotain. Kerttu asui kotonaan omaishoitajapuolisonsa kanssa, mutta kävi ajoittain lyhytaikaisilla hoitajaksoilla, jotta Hannu sai levätä. Kotikäynnin tarkoituksena oli suunnitella sopivia palveluita, jotta kotona asuminen voisi jatkua ilman, että puoliso väsy liikaa raskaan hoitotyön vuoksi. Myös laitoshoidoa oli mietitty. Keskustelun aikana osalliset istuivat olohuoneessa; sairaanhoitaja yksin sohvalla, sosiaalityöntekijä ja Kerttu vierekkäin toisella sohvalla, Hannu tuolilla toisella puolella sohvapöytää ja tutkija hieman sivussa ruokapöydän ääressä. Kotikäynnistä tuli tunti kolme minuuttia nauhoitusta ja 36 sivua litteroitua tekstiä.

Kolmannella kotikäynnillä oli mukana sosiaalityöntekijä, kotihoidon sairaanhoitaja ja sairaanhoitajaopiskelija, asiakas (Helena) ja asiakkaan sisar (Tuula). Kotikäynnillä ei tullut ilmi, oliko Helenalle diagnosoitu muistisairautta, mutta keskusteluissa selvisi, että Helenan heikko fyysinen kunto vaikeutti kotona asumista ja hän oli ollut paljon sairaalassa. Kävi myös ilmi, että hänellä oli jonkinlaista henkistä väsymystä. Helena pystyi osallistumaan keskusteluihin, mutta käytännön asioiden hoitamisessa oli vaikeuksia, ja kotikäynnin tarkoituksena olikin selvittää mahdollisuutta hakea Helenalle virallista edunvalvojaa maistraatista. Kotihoidon sairaanhoitaja nosti esiin myös suunnitelman hakea Helenalle laitoshoitopaikkaa. Kotikäynnin aikaan hän pystyi kuitenkin asumaan yksin kotonaan kotihoidon apujen turvin. Kotikäynnin keskustelut käytiin asiakkaan olohuoneessa. Keskustelujen ajan Helena ja sosiaalityöntekijä istuivat ruokapöydän ääressä vastakkain, Tuula-sisar ja opiskelija hieman kauempana nojatuoleissa sekä sairaanhoitaja ja tutkija kauempana sohvalla. Sosiaalityöntekijä yritti alussa ehdottaa sairaanhoitajaa tulemaan istumaan myös pöydän ääreen, jotta Helena kuulisi keskustelut huonosta kuulosta huolimatta, mutta sairaanhoitaja meni istumaan sohvalle. Istumajärjestys oli sellainen, että tavallisesti, pöytää kohti istuessaan Helenan selkä olisi ollut sohvalla ja nojatuoleilla istuvia kohti, joten hän istui tuolilla sivuttain nähdäkseen kaikki keskustelijat. Kotikäynnin nauhoitus kesti 30 minuuttia ja siitä tuli 18 sivua litteroitua tekstiä.

Minulla ei ollut ennakkotietoja asiakkaista, vaan ainoastaan se tieto, mitä kävi kotikäyntien keskusteluista ilmi. Toisaalta taustatiedot olisivat voineet selventää minulle osallisten toimintaa paremmin. Esimerkiksi Kertun tapauksessa muistisairauden vaihe oli selkeästi näkyvillä, kun taas Helenan kohdalla pystyin ainoastaan arvailemaan. Helenan muistidiagnoosi ei käynyt ilmi keskusteluissa, enkä osannut arvioida lyhyen tapaamisen aikana Helenan ymmärryksen tasoa varmasti. Toisaalta tämä oli hyvä, koska en pystynyt kategorisoimaan mielessäni asiakkaita valmiiksi, vaan seurasin vuorovaikutustilanteita ja osallisten toimintaa avoimin mielin, sellaisina kuin ne minulle näyttäytyivät.

#### **4.4 Aineiston analyysi**

Eskola ja Suoranta (2008, 137) kirjoittavat, että laadullisen aineiston analyysin tavoitteena on järjestää aineistoa tiiviisti ja selkeästi siten, että se tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Laadullisessa tutkimustavassa korostuu todellisuuden ja siitä saatavan tiedon subjektiivisuus. Siinä tarkastellaan yksittäisiä tapauksia, joten tutkimuksessa korostuu tutkittavien kokemukset ja tutkijan näkökulma. Siksi laadullisella tutkimuksella voidaan tuottaa ainoastaan tulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. (Puusa & Juuti 2011, 47–48.) Myös Alasuutari (2001, 48) toteaa, ettei tieteellisellä tutkimuksella voi koskaan saavuttaa täyttä varmuutta.

Eskolan ja Suorannan (2008, 142) mukaan laadullisessa tutkimuksessa kieli on lähes aina osa tutkimusta, sosiaalista todellisuutta. Ihmisten elämä on heidän mukaansa pääosin kielellistä, kirjoitettua tai puhuttua, kommunikaatiota. Omassa työssäni olen kiinnostunut Eskolan ja Suorannan esiin tuomista seikoista. Siitä, että kieltä tutkiessa voidaan olla kiinnostuneita, miten kieltä käytetään erilaisissa sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, mitä sillä kerrotaan, ja mitä kielen käyttämisellä saadaan aikaan. (Emt.) Tästä syystä analyysimenetelmässäni on joiltain osin diskurssianalyttisiä piirteitä, muttei kuitenkaan ole sitä puhtaimmillaan. Pietilä (2010, 213) arvioi, että diskurssianalyysi sisältää niin erilaisia teoreettisia ja menetelmällisiä lähestymistapoja kielen ja vuorovaikutuksen tutkimiseen, ettei siitä edes voi puhua yhtenäisenä metodina. Myös Jokinen ym. (2000, 28–29) sanovat diskurssianalyysin olevan väljä teoreettinen viitekehys, millä tutkitaan kielen käyttöä tekemisenä. Jokinen ym. kirjoittavat, että diskurssianalyysi sopii vuorovaikutusaineistojen analyysiin. Siinä ollaan kiinnostuneita vuorovaikutuksessa rakentuvista tulkinnoista eli kulttuurisista merkityksistä sekä kielellisistä prosesseista, joiden kautta merkityksiä rakennetaan. Sillä etsitään vastausta muun muassa siihen, miten ihmiset rakentavat tulkintoja todellisuudesta sekä identiteettejä itselleen ja muille, miten he tuottavat käsitystä oikeasta ja väärästä sekä miten he itse ottavat osaa tai huomioivat muita vuorovaikutustilanteissa. Diskurssianalyysissä ei olla kiinnostuneita ihmisten subjektiivisista kokemuksista, vaan heidän tavoistaan ymmärtää maailmaa sekä tämän ymmärryksen rakentumista puheen kautta vuorovaikutuksessa. Jokinen ym. sanovat, että diskurssianalyysissä painopiste voi olla joko vuorovaikutusprosessien tai kielenkäytön retoriikan tarkastelussa. (Emt.)

Jokisen (1999, 39–41) mukaan sosiaalisella konstruktionismilla tarkoitetaan, että sosiaalinen todellisuutemme rakentuu sosiaalisessa, kielellisessä vuorovaikutuksessa. Siinä ollaan kiinnostuneita kielestä, jonka nähdään olevan suhteellista, käyttäjistään riippuvaista, tilannesidonnaista, seurauksia tuottavaa ja sosiaalisen elämän kannalta merkityksellinen tekijä. (Emt.) Eskola ja Suoranta (2008, 138) käyttävät samasta asiasta nimitystä konstruktionistinen kielikäsite. Heidän mukaansa siinä ajatellaan, ettei todellisuuteen ole pääsyä, joten joudumme

tyytymään sellaiseen todellisuuteen, mikä on käynyt jonkun ihmisen tulkitsemisprosessin lävitse. (Emt.) Konstruktionismi näkyy vahvasti omassa työssäni. Olen aineistoani luokitellessani poiminut sellaisia aineistopätkiä, jotka mielestäni kuvaavat tutkittavaa ilmiötä parhaiten. Lisäksi teen tulkintoja osallisten puheesta ja vedän niistä omia johtopäätöksiä. Tutkimuksen tulokset voisivat olla hyvin erilaiset, jos aineistoni olisi annettu jonkun toisen tutkijan käsittelyyn. Tulkitsemisesta Eskola ja Suoranta (2008, 148) kirjoittavat, että se on kvalitatiivisen tutkimuksen idea ja vaikeus. Ei riitä, että tutkija tulkitsee asioita arkiymmärryksensä kautta, vaan lisäksi tutkijan tulee tehdä arkisesta tulkinnasta vielä uusi tulkinta. Toisessa tulkinnassa tutkija tarkastelee aineistosta esiin nousseita ilmiöitä, ja etsii niistä yhdistäviä tekijöitä, jolloin aineistosta löytyvät asiat muodostavat suurempia kokonaisuuksia. (Emt.)

Työssäni käytän myös sisällönanalyttiselle tutkimukselle ominaisia analyysitapoja. Tuomi ja Sarajarvi (2004, 93, 105) kirjoittavat, että sisällönanalyysi on yksittäinen tutkimusmetodi, mutta sitä voi käyttää myös väljänä teoreettisena kehyksenä, jota voi soveltaa yhdessä muiden analyysimenetelmien kanssa. Heidän tulkintansa mukaan useimmat laadullisen tutkimuksen eri analyysimenetelmät perustuvat jollain tavoin sisällönanalyysiin, mikäli sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Heidän mukaan sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Emt.) Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 136) sekä Tuomen ja Sarajarven (2009, 96–97) mukaan sisällönanalyysissä voidaan lähestyä aineistoa induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai abduktiivisesti. Työssäni käytän abduktiivista eli teoriaohjaavaa tapaa. Siinä analyysivaiheessa on teoreettisia kytkentöjä, mutta teoria toimii ainoastaan kehyksenä tai tukena analyysissä. Aikaisempi tieto ohjaa analyysissä, mutta analyysiyksiköt muodostetaan aineistosta käsin. (Emt.)

Teemoittelu on yksi laadullisen aineiston analyysitapa jota olen käyttänyt työssäni. Tuomi ja Sarajarvi (2009, 93) kirjoittavat, että teemoittelussa aineistoa pilkotaan ja ryhmitellään eri aihepiirien mukaan. Tällä tavalla voidaan vertailla eri teemojen ilmenemistä aineistossa. (Emt.) Hirsjärvi ja Hurme (2006, 173) sanovat, että teemoittelulla etsitään aineistossa toistuvia piirteitä, joista tutkija tekee omia tulkintojaan. Pertti Alasuutari (2001, 39–40, 44) kirjoittaa havaintojen pelkistämisen sekä arvoituksen ratkaisemisen vaiheista, joista laadullinen analyysi koostuu. Vaikka Alasuutari ei välttämättä suoraan tarkoita näillä käsitteillä teemoittelua, näen niissä olevan samoja piirteitä ja siksi koen niiden liittyvän työhöni. Alasuutarin mukaan havaintojen pelkistämisellä

tarkoitetaan, että aineistoa katsotaan ainoastaan tietyn teoreettisen viitekehyksen kautta, ja poimitaan sen kannalta tärkeimmät asiat aineistosta. Havaintojen pelkistämisprosessissa asetetaan tietyt säännöt, piirteet tai nimittäjät, jotka mielessä aineistoa käydään läpi ja yhdistellään löydettyjä havaintoja havaintojoukoiksi. Lähtökohtaisena ajatuksena on, että aineistosta löytyy useampia esimerkkejä samasta ilmiöstä. Arvoituksen ratkaisemisella Alasuutari tarkoittaa tulosten tulkintaa eli aineistosta löytyneiden havaintojoukkojen perusteella voidaan tehdä tulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. (Emt.)

Aineiston analyysissä en käyttänyt mitään varsinaista menetelmää, vaan otin useista menetelmistä vaikutteita. Olen käyttänyt työssäni rinnakkain sisällönanalyttisiä ja diskurssianalyttisiä menetelmiä sekä teemoittelua. Ne ovat menetelmätapoja, joita voi käyttää myös soveltaen, yhdessä muiden analyysimenetelmien kanssa. Tuomi ja Sarajärvi (2004, 105–106) kuitenkin kirjoittavat, että sisällönanalyysi ja diskurssianalyysi eivät ole helposti sovitettavissa yhteen, sillä niissä tarkastellaan tutkittavia ilmiöitä eri näkökulmista. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä ja diskurssianalyysissä tarkastellaan, miten merkityksiä tuotetaan vuorovaikutuksessa. (Emt.) En näe tätä ongelmaksi omassa työssäni sillä, en käytä mitään analyysimenetelmää tarkkarajaisesti, vaan soveltaen. Analyysimenetelmäni on siltä osin diskurssianalyttistä, että tutkin institutionaalisia vuorovaikutustilanteita ja keskusteluissa, puheen kautta, esiin nousevia ilmiöitä. Toisin sanoen teen havaintoja vuorovaikutuksesta, koska juuri siinä ilmenee asiakaslähtöisyyden toteutuminen tai toteutumattomuus. Diskurssianalyysin tavoin en tutki ihmisten henkilökohtaisia näkemyksiä, vaan siitä, miltä tilanteet näyttävät itse vuorovaikutustilanteessa ulkopuolisen tutkijan silmin. Sisällönanalyttisiä piirteitä menetelmässäni on siltä osin, kun olen pyrkinyt käsittelemään aineistoani mahdollisimman objektiivisesti ja siten, että tiivistäen aineistoani saan luotua selkeää kuvaa tutkimastani ilmiöstä. Myös abduktiivinen eli teoriaohjaava analyysitapa on lainattu sisällönanalyttisestä tutkimusmenetelmästä. Työtäni ohjaavana teoriana oli Sanna Järnströmin (2011b) kehittämä asiakaslähtöisyyden kolmijako. Vaikka tukeuduin aineiston teemoittelussa Järnströmin teoriaan, ei työni ole puhtaasti teorialähtöistä. Teemoitellessani aineistoa muodostin pääluokat Järnströmin teoriasta, mutta alaluokat nousivat aineistosta käsin. Kirjoitusprosessini eteni siten, että kirjoitin ensin teoriaosuuden, jonka jälkeen paneuduin aineistoon teorian toimiessa ainoastaan tukena. Aineiston analyysissä teorian merkitys on lopulta hyvin pieni, sillä tutkimustulokset-luvussa tein ilmiöitä näkyviksi ainoastaan oman aineistoni valossa.

Lähdin käsittelemään aineistoani lukemalla sitä läpi muutamaan kertaan. Eskola ja Suoranta (2008, 151) kirjoittavat, että aineisto on syytä tuntea perinpohjaisesti, ja jotta aineisto avautuisi tutkijalle, on sitä luettava useaan kertaan. Seuraavaksi lähdin jaottelemaan keskusteluja asiakaslähtöisyyden kolmeen eri ulottuvuuteen kirjoittaen samalla havaintojani ylös. Alustavan jaottelun jälkeen alleviivasin eri väreillä luokittain koko keskustelun. Jaottelu osoittautui yllättävän hankalaksi, sillä keskustelun osat olisivat joissain kohdin sopineet kaikkien kolmen luokan alle. Esimerkiksi koko aineistoni olisi sopinut osallisuus-luokan alle, sillä kaikki keskustelut olivat osallisuutta; vanhusasiakkaat joko osallistuivat tai eivät osallistuneet keskusteluihin. Myös Anu Puusa (2011, 121) tuo esiin, että aineiston teemoittelussa haasteeksi voi muodostua se, että sama aineistopätkä voi liittyä useaan eri teemaan. Tässä auttoi Alasuutarin ohjeistus sääntöjen muodostamisesta ja niistä kiinni pitämisestä. Tein päätöksen, että laitan yhden osion keskusteluista ainoastaan yhden otsikon alle. Ne kohdat, joissa tehdään jonkinlaisia päätöksiä tai suunnitellaan alustavasti päätöksentekoa, olen lukenut itsemääräämisoikeudeksi. Osallisuus-luokkaan liitin ainoastaan kohdat, jotka olivat selkeästi osallisuutta. Kaikki kohdat, joissa annetaan jonkinlaista ohjeistusta, tiedotetaan tai tehdään yhteenvetoa sovituista asioista, olen laittanut tiedonannon otsikon alle. Seuraavaksi lähdin lukemaan aineistoa siten, että mietin, että toteutuuko vai eikö tämä kyseinen asiakaslähtöisyyden osa-alue. Sen jälkeen jaoin kolmen kotikäynnin keskusteluista valitsemani aineistopätkät asiakaslähtöisyyden kolmen ulottuvuuden otsikoiden alle.

Seuraavaksi purin kotikäyntien keskustelut osiin, eli kaikkien kolmen kotikäynnin keskustelut pääluokittain saman otsikon alle. Lukiessani aineisto-otteita irrallaan kontekstistaan aloin muodostaa käsitystä siitä, minkälaisia yhtäläisiä, toistuvia teemoja tai ilmiöitä eri kotikäyntien keskusteluista nousi esiin. Löysin jokaiselle luokalle kaksi tai kolme alaluokkaa. Itsemääräämisoikeus-luokan alaluokiksi muodostin käsitteet vahva valta, näennäinen valta ja vallattomuus. Osallisuuden alaluokkia ovat osallinen, vastaaja ja syrjäytetty. Tiedonsaannin alaluokat ovat onnistunut tiedonsaanti sekä epäonnistunut tiedonsaanti. Yllätyksekseni aineistoa lukiessa alaluokat löytyivät helposti. Kyseiset teemat toistuivat melko selkeästi jokaisen kotikäynnin keskusteluissa. Hieman yllättäenkin tutkimustulokset-luvussa alalukujen pituudet ja aineistoesimerkkien määrät painottuvat samoin kuin asiakaslähtöisyyden teoriaosuudessa. Itsemääräämisoikeus on pisin alaluku ja osallisuutta käsittelevä alaluku oli toiseksi pisin, vaikka onkin jo huomattavasti lyhyempi kuin ensimmäinen. Viimeinen ja kaikista lyhyin alaluku on tiedonsaanti.

Tutkimustulokset-luvussa käytän paljon aineistolainauksia, jotta työni olisi käytännönläheinen ja avautuisi lukijalle mahdollisimman hyvin. Eskola ja Suoranta (2008, 198) kirjoittavat, että diskurssianalyttisissä raporteissa käytetään paljon suoria lainauksia esimerkkeinä aineistosta. Heidän mukaansa tarkoituksena on esitellä asiat siten, että lukija voi tehdä myös omia tulkintojaan keskusteluista. (Emt.) Ennen aineistolainauksia kerron lyhyesti otteista ja lainauksien jälkeen kerron, mitä tilanteissa tapahtui sekä pohdin lainauksissa esiintyneitä ilmiöitä yleisemmältä kannalta. En varsinaisesti yritä etsiä vastauksia, miksi osalliset toimivat tietyllä tavalla, vaan tarkastelen esimerkkejä siinä valossa, miltä ne kyseisen esimerkin valossa näyttäytyvät. Vasta johtopäätöksissä tuon lyhyesti esiin syitä, miksi yleensä tilanteissa toimitaan tietyillä tavoilla.

Erityisesti Saiman aineisto korostuu aineisto-otteissa, koska Saiman kotikäynti oli ajallisesti pisin ja litteroitua tekstiä tuli reilusti enemmän kuin muilta kotikäynneiltä. Lisäksi Saimalle tehty palveluntarpeen arvio oli kokonaisvaltaisin, joten asiakaslähtöisyyden toteutumista oli helpoin arvioida, koska keskusteluissa esiintyi eniten eri asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia. Myös Saiman toimintakyky oli huomattavasti parempi kuin muiden aineistoni vanhusasiakkaiden, joten Saimalla oli kolmen kotikäynnin vanhuksista näkyvin rooli. Vähiten aineistoesimerkkejä käytin Kertun kotikäynniltä, sillä Kertun ollessa pääasiassa hiljaa, aineisto ei antanut tutkimuskysymystäni ajatellen kovin rikasta aineistoa. Helenan kotikäynti loppui lyhyeen, koska mitään päätöksiä ei haluttu tehdä virtsatieinfektioepäilyksen vuoksi. Siksi Helenan käynniltä on niin vähän otteita.

#### **4.5 Eettiset pohdinnat**

Mary Gilhoolyn (2002, 211, 216, 224) mielestä vanhusten tutkimisessa ei ole toisaalta mitään erityistä, sillä suurin osa vanhuksista elää itsenäistä elämää, ja pystyy tekemään päätöksen siitä, haluaako osallistua tutkimukseen vai ei. Toisaalta fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen voi vaikuttaa vanhuksen kompetenssiin osallistua tutkimukseen, erityisesti tietoon perustuvan suostumuksen (valid consent) antamiseen. Oletuksena on, että kompetentti aikuinen on kykenevä kieltäytymään halutessaan tutkimukseen osallistumisesta. Hankalaa on kuitenkin varmasti tietää muistisairaana vanhuksen kohdalla, onko tutkittava ymmärtänyt hänelle annetun tiedon tutkimuksesta ja onko suostumus vapaaehtoinen. (Emt.) Ennen kotikäyntejä sosiaalityöntekijät ottivat yhteyttä kotihoiton työntekijöihin, asiakkaisiin ja heidän omaisiinsa ja kysyivät lupaa osallistumiselleni. Jotta osalliset ja erityisesti vanhusasiakkaat olisivat varmasti

ymmärtäneet läsnäoloni syyn, ja että suostumukset perustuivat ymmärrykseen, kerroin tapaamisten alussa tutkielmastani suullisesti sekä jaoin kirjallisen tiedotteen, jonka olin pyrkinyt kirjoittamaan mahdollisimman tiiviisti ja selkeäsanaisesti ja pyysin allekirjoitukset lupalomakkeisiin. Korostin vielä, että osallisilla on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä osallistumasta, syytä siihen ilmoittamatta ja siinä tilanteessa poistun paikalta.

Toinen suostumuksen saamiseen liittyvä kysymys on, kenen suostumusta kysytään. Topo (2006, 26) on kirjoittanut, että lievässä muistisairauden vaiheessa oleva voi antaa itse suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, keskivaikeassa vaiheessa olevan oman suostumuksen lisäksi tarvitaan myös omaisen suostumus ja vaikeassa vaiheessa olevan vanhuksen omainen voi ainoastaan antaa suostumuksen. Kun tutkielmani aiheena on nimenomaan asiakaslähtöisyys ja sen yhtenä ulottuvuutena itsemääräämisoikeus, herättää tämä ristiriitaisia kysymyksiä. Tutkimuslupaa hakiessani pohdin, että mitä jos muistisairas vanhusasiakas olisi suostunut tutkimukseen, mutta hänen omaisensa ei? Eikö silloin olisi ohitettu vanhuksen mielipide, jos hän ei olisi voinut osallistua tutkimukseen omaisen päätöksellä? Linjasin kuitenkin, että ristiriidasta huolimatta pyydän suostumuksen kaikilta osallisista, myös ammattilaisilta, sillä myös he ovat tutkielman kohteena. Onnekseni kotikäynneillä, joihin osallistuin, kaikki osalliset suostuivat läsnäolooni, joten nämä pohtimani kysymykset eivät nousseet esiin.

Sarvimäki (2006, 11) arvioi, että tutkittaessa vanhuksia palvelujärjestelmäympäristössä, saattaa vanhuksen riippuvuus muodostua ongelmaksi. Vapaaehtoinen suostumus on kyseenalaista tilanteessa, jossa palveluista ja muiden avusta riippuvainen vanhus ei voi olla varma, vaikuttaako kieltäytyminen tutkimukseen osallistumisesta hänen palveluihinsa. Vaikka vanhukselle painotettaisiin, ettei kieltäytymisellä ole vaikutusta palveluihin, voi vanhus ymmärtää asian toisin kuin tutkija. (Emt.) Tämä Sarvimäen mainitsema eettinen ongelma on läsnä omassa aineistonkeruussani. Vaikka osallistuin tapaamisille ulkopuolisena havainnoijana, vaarana kuitenkin oli, että vanhusasiakas ajatteli minun kuuluvan organisaatioon ja näin ollen hänen kuului suostua läsnäolooni.

Tuomi ja Sarajärvi (2004, 122) tuovat esiin erilaisten tiedonhankintamenetelmien eettisyyden. Heidän mukaansa tutkimuseettiset kysymykset korostuvat sitä enemmän, mitä lähempänä arkielämää tutkittavat tilanteet ovat. Tuomen ja Sarajärven mielestä tällaisissa tilanteissa tutkijalla on institutionaalinen asema, jolloin tutkittavan väärin kohtelulla voi olla vakavammat seuraukset



kuin arkielämän suhteissa. Lisäksi he tuovat esiin, että mitä avoimempi tiedonkeruumenetelmä on, sitä vaikeampaa on etukäteen tietää ja punnita tutkimusasetelman eettisiä ongelmia. (Emt.) Työni aineistonkeruutilanteet olivat juuri tällaisia, eettistä harkintaa vaativia tilanteita. Aineistoni on kerätty asiakkaiden kotona, mutta tilanteet ovat silti olleet institutionaalisia. En näe tässä kuitenkaan eettistä ongelmaa, sillä oma roolini tutkijana oli ainoastaan toimia sivustaseuraajana. Lisäksi paikalla oli useita osallisia, joten väärinkäytökselle ei olisi ollut omasta puolestani edes mahdollisuutta.

Gilhooly (2002) korostaa tutkimuksen luottamuksellisuuden varmistamista. Yksi tärkeä osa on aineiston käsitteleminen. Jo aineiston keruuvaiheessa päätin, ettei aineisto tule muuhun kuin oman tutkimukseni käyttöön ja tuhoan sen kokonaan, kun työni on valmis ja arvioitu. Kirjoitusprosessin ajan säilytän aineistoani huolella, jotta ulkopuoliset eivät pääsisi sitä näkemään. Myös aineiston tunnistettavuuden häivyttäminen on osa tutkimuksen luottamuksellisuutta. Toteutin aineistonkeruuni suuressa suomalaisessa kaupungissa, jonka nimeä en kerro tarkemmin. Tällä varmistan, ettei tutkittavien tunnistaminen onnistu. Lisäksi olen muuttanut tutkittavien nimet ja muut mahdolliset keskusteluissa esiin tulevat tunnistetiedot. Pohdin, pitäisikö minun käyttää aineisto-otteissa osallisista nimityksiä asiakas, omainen, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja, jotta kotikäyntejä ei voisi erottaa toisistaan. Vaikka osallisten tunnistettavuus yleisellä tasolla ei ole työssäni mahdollista, pohdin tunnistetietojen täydellistä hälventämistä työntekijöiden kannalta. Organisaation ja työyhteisön sisällä aineistonkeruustani oltiin tietoisia, joten sisäpiirissä ammattilaisten tunnistaminen on mahdollista. Koska aineistoni vanhusasiakkaat olivat toimintakyvyiltään hyvin erilaisia, tulin tulokseen, että aineiston analyysissä erittelen kotikäyntien keskustelut selkeästi toisistaan. Mielestäni se on tarpeellista ja perusteltua, koska toimintakyky ja ymmärryksen aste vaikuttavat suuresti vanhusten asiakaslähtöisyyteen. Tutkimuskysymykseni kannalta olennaista tietoa olisi jäänyt saamatta, mikäli olisin käsitellyt kotikäyntejä yhtenä isona joukkona. Ammatillaiset ovat olleet tietoisia työni aiheesta sekä aineistonkeruusta ja ovat silti olleet halukkaita osallistumaan tutkimukseeni.

Tuomi ja Sarajärvi (2004, 131, 133) kirjoittavat, että koska tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä, pitäisi myös tutkimuksen luotettavuutta arvioida. He tuovat tutkimuksen luotettavuuden rinnalla esiin myös puolueettomuuden. Heidän mukaansa tulisi miettiä, yrittääkö tutkija ymmärtää ja kuulemaan tutkittavia vai suodattuuko tutkittavien antama tieto tutkijan oman kehyksen läpi. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa tutkijan kuulemaan ja havainnoimaan tietoon vaikuttaa hänen oma

taustansa, kuten ikä, uskonto, poliittinen asenne tai virka-asema. He kuitenkin kirjoittavat, että laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään, että jälkimmäinen vaihtoehto tapahtuu, sillä tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. Siksi on tärkeää tuoda esiin tutkijan puolueettomuusnäkökulma. (Emt.) Näen nämä tekijät merkittäviksi omassa työssäni. Ensinnäkin keräsin aineistoni entisen työpaikkani kautta, joten kotikäynneillä mukana olleet ammattilaiset olivat entisiä työkavereitani. Myönnän, että aineiston analyysissä olin ajoittain heille lojaali, sillä ymmärrän heidän asemaansa oman kokemuksen kautta. Saatoin olla välillä puolueellinen myös omaisia kohtaan, sillä ymmärsin myös heidän näkemyksiään ja huoltaan omakohtaisten kokemusten kautta. Vanhusasiakkaat ovat usein toimintakyvyn heikentymisen vuoksi altavastaajia, joten ajoittain olin myös heidän puolellaan. Mielestäni omaa puolueettomuuttani vähentää nimenomaan se, että aihe on minulle läheinen usealta eri kannalta, ja siksi puolta on vaikea valita. Lisäksi uskon, että tiedostaessani mahdollisen puolueellisuuden, pystyin välttämään sitä. Mietin usein vanhusasiakkaiden asemaa oman isoäitini kannalta ja omaisen ja ammattilaisen rooleissa olleena, ymmärrän heidänkin asemaansa. Olen pyrkinyt lisäämään työni luotettavuutta tuomalla avoimesti esiin omia taustaoletuksia ja -tekijöitä. Tällöin mielestäni lukija pystyy paremmin arvioimaan lukemaansa ja tekemään omia johtopäätöksiä.

## 5 Tutkimustulokset

### 5.1 Itsemääräämisoikeus

#### 5.1.1 Vahva valta

Vahvalla vallalla tarkoitan, että asiakkailla on todellista valtaa päätöksiä tehtäessä, ja niitä pohjustettaessa. Heidän näkemyksiään kysytään ja vanhusten mielipiteiden pohjalta ainakin pyritään toimimaan. Aina ei ole mahdollista toteuttaa asiakkaiden toiveita, mutta tärkeää on, että heidän mielipiteensä huomioidaan. Mikäli mahdollista, päätökset pitäisi tehdä vanhusten toiveiden mukaisesti. Vanhusten kompetenssi vaikuttaa siihen, millaisia päätöksiä he pystyvät tekemään. Tulkitsin vahvaksi vallaksi aineiston tilanteet, joissa asiakkaiden toiveita kysyttiin ja niitä kunnioitettiin, vaikka ne olisivat olleet ristiriidassa muiden osallisten kanssa. Merkille pantavaa on, että aineistossani vahvan vallan kohdat lähes loistivat poissaolollaan. Kyseistä ilmiötä esiintyi kaikista vähiten aineistossani.

Ensimmäiseksi esimerkiksi vahvan vallan tilanteesta nostan kaksi kohtaa Saiman kotikäynniltä. Näissä puidaan Saiman ruokailua kahdessa eri keskustelun kohdassa.

*Sosiaalityöntekijä: Okei. No mut se on ihan hyvä sitten. No mitäs sitten muuta Saima. Mitäs me vielä keksittäis sulle muuta tarjota?*

*Saima: Mitä te keksitte (Puuskahtaen)*

*(Juha puhuu Saiman päälle)*

*Juha: No sitten on tää ruokapuoli tietysti on yks.*

*Sosiaalityöntekijä: Nyt alkaa jo hermostuttaa (Naurahtaen)*

*Saima: Ei tartte keksiä mitään.*

*Sosiaalityöntekijä: Ei tarvi enää mitään.*

*Saima: Ei*

*Sosiaalityöntekijä: Ruokapuoli sanoo Juha. Mites se ruokailu sujuu?*

*Saima: No se nyt sujuu ihan hyvin. Tää alkaa mennä liian pitkälle, jos ruokailuunkin puututaan.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Juha: Sä oot*

*(Saima puhuu Juhan päälle)*

*Saima: Mä ostan yleensä valmista. Aika paljon.*

*Sairaanhoitaja: Mmm. Kyllähän mä tota ateriapalvelua jo silloin aikasemmin ehdottelin ja kaikkee.*

*Ja sitten hän käy aika paljon sielä*

*(Saima puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Saima: En mä vielä niin sekopäinen oo. Et mä ymmärrän ihan kaikki*

*Sosiaalityöntekijä: Niin*

*Juha: No m*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Käyks sä itse tuota kaupoilla?*

*Saima: Joo, joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Päivittäin?*

*Saima: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin sitä mä ajattelin, että sä liikut vissiin aika paljon*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Tarpeen mukaan. Sanotaan näin.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin niin.*

*Juha: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Milloin ruoka loppuu, niin sitten lähdet kaupoille.*

*Saima: Niin. Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Ja täs on tietysti hyvä, kun ruokakaupastakin saa. Siellä on se grilli ja muuta. Sieltä saa kaikkee.*

*Saima: Joo joo.*

*Sairaanhoitaja: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Etkä sä mun mielestä vaikuta laihtuneelta sitte siitä vuoden takaisesta, ko me tavattiin viimeksi. Et kyllä sä oot jotain saanu syödäkses selvästi.*

*Saima: Justiin.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Sairaanhoitaja: Mmm. Liikkuu paljon*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: No mä painan siinä viiskymmentä kiloa. et oon mä vähän laihtunu.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Okei. Sä liikut kyllä tosi paljon.*

*Saima: Niin.*

Sosiaalityöntekijä tiedustelee, mitä palveluita Saimalle vielä tarjottaisiin. Saiman poika Juha tuo esiin ruokailun, mutta Saiman näkemyksen mukaan mitään palveluita ei tarvita. Sairaanhoitaja kertoo ehdottaneensa ateriapalvelua aiemmin, mutta silloin Saima sanoo hermostuneesti, ettei ole vielä niin sekopäinen, ettei ymmärtäisi kaikkea. Sosiaalityöntekijä kohdistaa puheen hieman toisaalle kysymällä Saimalta kaupassa asioinnista. Saima hermostuu silmin nähten, kun hänen ruokailuunsa ollaan puuttumassa. Hän loukkaantuu, kun hänen pärjäämistään kyseenalaistetaan, ja tulkitsee sen siten, että häntä pidetään sekopäisenä. Saiman kiivastumista voisi selittää sillä, että hänelle ruoanlaitto on ollut tärkeä tehtävä, johon puuttumisen hän tulkitsee yksityisyyden loukkaukseksi. Mikäli koti ja kodinhoito ovat olleet perinteisesti Saiman hoidettavana, voi olla halventavaa, kun ulkopuolinen tulkitsee, ettei hän niihin enää vanhuuttaan kykene. Saima, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja jatkavat keskustelua asiasta, ja Juha jättäytyy taka-alalle. Juhan äännähdyksistä voisi kuitenkin päätellä, ettei hän ole samoilla linjoilla äitinsä kanssa ruokailun sujumisesta ja hänellä on asiasta huoli. Tästä kielii myös se, että hän nostaa asian useassa kohtaa esiin. Sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja tukevat keskustelussa asiakkaan näkemystä siitä, että hän osaa huolehtia ruokapuolesta. Kun sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja vahvistavat asiakkaan pärjäämistä, Saima selvästi rentoutuu alun suuttumuksesta ja keskustelelee vapaammin. Asiakkaan vahvasta reaktiosta ruokailun suhteen johtuen, ruokailuasiala jätetään hetkeksi hautumaan, ja siirrytään muihin asioihin. Asia nostetaan kuitenkin uudestaan esiin, josta seuraava esimerkki.

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Mmm. Tuota tuota. No mitäs me sitte vielä kekattais? Niin se ruokailuasiala. Sovitaanko me nyt, että jatketaan entiseen malliin ja? Ja tota sit, jos löytyis esimerkiksi täältä. Jos kävisit täällä vaikka lounaalla*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Joo. Joo.*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Saiman päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Sitte joskus, niin se vähän tukis sitä. Se ravitseminen on niin kovin tärkeä asia että.*

*Saima: Joo. Liikaa ei saa syödä.*

*Sosiaalityöntekijä: Ei saa liikaakaan syödä, mutta ettei syö liian vähän sitte.*

*Sairaanhoitaja: Veriärvot oli ainaki hyvät niissä viimeisissä labroissa, että ei mitään puutosta ollu että.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Okei.*

*Juha: Joo.*

*Sairaanhoitaja: Ja minkälainen on ollu elämäntyyli, niin sitä on hirveän vaikea varmaan ruveta tässä vaiheessa silleen muuttamaan. Mutta että kunhan menee ravintoo että se on tärkeä.*

*Asiakas: Joo.*

*Juha: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin että vaikka sielä ois vähän sitä ylijäämää, mutta että sitte tuota yrittää heittää sieltä pois, jos on jotain pilaantunutta ja seuraa sitä jääkaappia. Että jos alotetaan kuitenkin nyt sit kotihoidon kans sillä lääkitysvastuulla*

*(Juha puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Juha: Joo lähetään sillä lääkityksellä. Ja mikä teillä oli sitte? Teillä oli ihan ateriapalvelua? Joka päivä tuodaan ateria?*

Juhan huolesta huolimatta sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja tukevat ruoka-asiassa Saiman toivetta. He myös vahvistavat Saiman näkemystä siitä, että hän osaa itse huolehtia ruokailusta. Sairaanhoitaja tuo esiin sen, että verikokeiden tulokset ovat olleet hyvät, ja että elämäntyyliä on vaikea muuttaa. Kaikki myötäilevät sairaanhoitajan kommenttia ja sosiaalityöntekijä sanoo, että aloitetaan lääkityksen kuntoon saamisella. Myös Juha myötäilee tätä, mutta silti haluaa tietää lisää kotihoidon ateriapalveluista, joista keskustelu jatkuu.

Ruokailuasiassa Saiman ja Juhan näkemykset olivat ristiriidassa keskenään, mutta Saiman tahtoa kunnioitettiin. Se laittoi minut miettimään, mitkä olivat ne tekijät, jotka vaikuttivat siihen, että kyseisessä asiassa Saimalla oli valtaa, vaikka muissa tilanteissa omaisen ja ammattilaisten mielipiteet olivat määräävämpiä. Kotikäynnin aikana on tullut esiin paljon Saiman kotona asumiseen liittyviä ongelmia. Saiman reaktioista on voinut päätellä, ettei hän pidä siitä, että hänen asioihinsa puututaan. Saima toi koko kotikäynnin ajan esiin sitä, että pärjää ja osaa hoitaa asioitaan. Näkemys on kuitenkin ristiriidassa pojan näkemyksen kanssa, ja Saima on ollut turhautunut Juhan tuodessa palveluntarpeita esiin. Tulkintani on, että Saiman vastahakoisen asenteen vuoksi ammattilaiset haluavat käynnistää palveluita pikkuhiljaa. Heidän arvionsa mukaan lääkityksessä on ensisijaisen tärkeää suhteessa ruokailuun, joten ruokailuasia jätetään hautumaan. Saiman tahtoa ei kunnioitettu kaikissa asioissa, koska palveluntarve oli ilmeinen tietyissä asioissa, kuten lääkityksessä. Ruokailu oli asia, jossa Saiman näkemystä kunnioitettiin, vaikka se oli ristiriidassa Juhan tahdon kanssa. Ruokailuun Saimalla oli vahvaa valtaa. Siinä mielessä voidaan kyseenalaistaa vallan vahvuutta, koska ammattilaiset olivat ne, jotka määrittelivät, missä asioissa Saima sai päättää ja missä ei.

Seuraavassa vahvan vallan aineistoesimerkissä keskustellaan Helenan päivätoiminnasta.

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Joo. Niin mä muistan, kun tästä on ollu, ollu näitä keskusteluja ja. Ja on mietitty vähän eri, eri juttuja. Mites se oli sen päivätoiminnan kanssa? Se ei oo*  
*(Helena puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Helena: Tä*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Helenan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Käynnistyny?*

*Sairaanhoitaja: En mä u*

*(Tuula puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Tuula: Eeei ole varmaankaan. Mä vähän luulen, ettei hän ole itse semmoseen halukaskaan.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Sairaanhoitaja: Se on niin*

*Helena: Eeeeei. Päivätoimintaa minulle?*

*Sosiaalityöntekijä: Niin.*

*Helena: Eeeeei.*

*Sosiaalityöntekijä: Ette haluu lähtee?*

*Helena: Tässä on päivätoimintaa ihan tarpeeks. Ku.*

*(Helena naurahtaa)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

Keskustelusta voi päätellä, että muut osalliset ovat miettineet kyseistä palvelua jo etukäteen, eikä sosiaalityöntekijän ensimmäinen kysymyskään ole osoitettu suoraan asiakkaalle. Helena kuitenkin esittää kysymyksen sosiaalityöntekijän ensimmäiseen kysymykseen, mutta se ohitetaan. Sairaanhoitaja ja sisar ottavat heti puheenvuorot ja tuovat esiin kielteisen suhtautumisensa Helenan osallistumisesta päivätoimintaan. Sisar myös käyttää Helenan ääntä olettaen, ettei Helena ole halukas osallistumaan. Helena ottaa itse aktiivisen roolin ja tuo oman kantansa esiin, joka on sama kuin muiden osallisten. Kun Helena sanoo, ettei halua päivätoimintaan, asia hyväksytään suoraan. Hänelle ei kerrota päivätoiminnasta sen enempää tai kysyä tarkentavia kysymyksiä hänen kielteisestä kannasta päivätoimintaa kohtaan.

Keskustelun myöhemmässä vaiheessa sairaanhoitaja ottaa vielä päivätoiminnan esille, kun on puhe ympärivuorokautisen hoitopaikan mahdollisesta hakemisesta ja kotona olemisen yksinäisyydestä.

*Sairaanhoitaja: Ja se päivätoiminta. Aina se lähteminen siinä, että se on jotenkin*

*Tuula: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Siinä oli jotaki, että myöhäsem. Hän odottaa myöhäsempää ryhmää.*

*Sairaanhoitaja: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Jos se oli. Mutta sitä paikkaa ei oo vielä tullu.*

*Sairaanhoitaja: Mmm. Mut silti, että se on aika monesti niitä vanhuksia vähän niin kun. Hirvee tsemppaa, että pääsee sinne.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm*

*Sairaanhoitaja: Ja sitten kun on jo tosi passiivinen. Et se on tosi vaikee ajattelee, että se onnistuu.*

*Mutta kyllä jos hän haluaa, kyllä me autetaan. Se ei oo mikään ongelma, mutta.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. No joo.*

Sairaanhoitaja tuo esiin, että päivätoimintaan lähteminen on hankalaa ja vanhuksia pitää kannustaa. Sairaanhoitaja on sanonut kotikäynnin aikana useita kertoja, että Helena on passiivinen ja tuo tässäkin esimerkissä samaa esiin. Hän epäilee, että päivätoimintaan lähteminen onnistuisi Helenalta. Lopuksi hän sanoo, että kotihoidosta ollaan kuitenkin valmiita Helenaa auttamaan päivätoimintaan lähtemisessä, mikäli hän sinne tahtoo mennä. Sairaanhoitajan kommentista voi päätellä hänen kantansa päivätoimintaa kohtaan, eikä tämän jälkeen keskustelua päivätoiminnasta enää jatketa.

Kaikki osalliset ovat palvelun tarpeettomuudesta samaa mieltä, joten ristiriitaa mielipiteissä ei ole ja asiakkaan tahtoa kunnioitetaan. Juuri tämä yksimielisyys saikin minut miettimään, minkälaisia ovat ne tilanteet, joissa vanhusasiakkaat saavat tai eivät saa päättää. Vanhusasiakkaiden päätösvalta riippuu päätöksen laadusta. Päivätoiminta on vapaaehtoista palvelua, joka ei suoraan vaikuta vanhusten kotona selviytymiseen. Palvelun tarkoituksena on lähinnä lisätä sosiaalista vuorovaikutusta, ja siten ehkäistä yksinäisyyttä. Siksi päivätoiminta on palvelumuoto, jossa on helppo antaa valinnanvapaus vanhusasiakkaille. Helenan tahdon kunnioittamiseen vaikutti todennäköisesti myös se, että omainen ja sairaanhoitaja kertoivat olevansa samalla kannalla jo ennen kuin asiakas ehti tuoda esiin oman mielipiteensä. Mikäli ammattilaiset ja omainen olisivat nähneet päivätoiminnan hyödyllisenä palveluna Helenalle, olisivatko he yrittäneet painokkaammin



suostutella Helenaa osallistumaan? Tai miten keskustelu olisi muotoutunut, mikäli Helena olisi halunnut osallistua? Tästä esimerkistä voi päätellä, että vanhusasiakkailta on vahvaa valtaa, mikäli he ovat samaa mieltä omaisten ja ammattilaisten kanssa. Tästä esimerkistä, samoin kuin edellä esitetyissä Saiman kotikäynnin keskustelupätkissä, voi huomata, että ammattilaisilla ja omaisilla on valtaa määritellä vanhusten vallanaste.

### 5.1.2 Näennäinen valta

Näennäiseksi vallaksi luen tilanteet, joissa asiakkaiden mielipiteitä kysytään, mutta niillä ei ole todellista merkitystä. Kysymykset voivat olla johdattelevia tai päätökset tehdään asiakkaiden esiin tuomien toiveiden vastaisesti. Aineistossa toistui se, että asiakkailta kysyttiin mielipiteitä, mutta kysymyksen esittäjien kannat paistoivat kysymyksenasettelusta läpi, ja kysymykset oli aseteltu johdattelevasti. Näennäisen vallan läsnäolo kotikäynneillä korostui.

Alkuun nostan esimerkin Saiman kotikäynniltä, jossa heti alkuun alettiin keskustella Saiman lääkityksestä. Nopeasti selviää, ettei Saima ole syönyt lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä, jonka jälkeen puhutaan reseptien uusimisesta. Terveyspalveluihin on tuonut sekavuutta niiden hajaantuminen yksityiselle ja julkiselle puolelle. Saima on syönyt ainoastaan luontaistuotelääkkeitä, ja esimerkiksi muistilääke on jäänyt kokonaan pois. Saima on ollut käsityksessä, että uusi resepti tulee postissa.

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Vai miten tota, kun mietitään tätä lääkitystä kokonaisuudessaan, niin oisko se semmonen asia, johon sä kaipaisit tukea. Et jos esimerkiksi kotihoito sit sitä lääkettä. Tois niitä lääkkeitä tänne tai*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Ne lääkkeet on nyt et ne. Se*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Saiman päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin*

*Saima: Se ongelma*

*(Saima naurahtaa)*

*Sosiaalityöntekijä: Se on varmasti se ongelma.*

*Saima: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Nyt ko ne on kahdella taholla. Mä mietin, että. Ku sä oot käyny täällä erikoislääkärin vastaanotolla, joka on silloin sen diagnoosin siitä muistisairaudesta asettanut.*

*Saima: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin varmaan ois hyvä ottaa sinne kontrolliaika. Et hän nyt uusis sen reseptin ja sitte se kannattis viedä kotihoidolle se resepti. Niin sitte kotihoito. Etteks te sitte pysty sitte jatkossa uusimaan niitä terveyskeksuksen kautta. Vai miten?*

Sosiaalityöntekijän kysymyksenasettelu lääkityksiasiassa on johdatteleva, jolla selkeästi haetaan asiakkaalta tiettyä vastausta. Kun asiakas myöntää lääkityksiasian olevan ongelma, myöntyvään vastaukseen tartutaan heti. Saima jää keskustelun ulkopuolelle, kun muut osalliset käyvät läpi lääkitystä ja suunnittelevat sen toteutumista jatkossa. Saima on noin kahdeksan minuutin ajan hiljaa.

Ammattilaisten ja Juhan keskustellessa Saiman lääkkeistä ja niiden Kela-korvauksista, sosiaalityöntekijä ottaa esiin, että kotihoito huolehtisi jatkossa lääkityksestä.

*Sosiaalityöntekijä: Ja kun hänellä on diagnoosi, että joskus.*

*Juha: Joo*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Et silloin siinä ei pitäis olla mitään, mitään ongelmaa. Mut että tosiaan Saima tossa toivoi, että se lääkitys olis kotihoidon vastuulla. Että sen kans on ollu ongelmia.*

*Sairaanhoitaja: Mmm...*

Sosiaalityöntekijä sanoo, että Saima toivoi kotihoidon huolehtivan lääkityksestä, vaikka näin ei varsinaisesti ollut. Ensiksi esitetyssä esimerkissä Saima myönsi johdattelevien kysymysten jälkeen, että lääkityksessä on ongelmaa, muttei tuonut esiin mitään mielipiteitä lääkityksen järjestelyistä jatkossa. Sosiaalityöntekijä kysyi alussa johdattelevasti Saiman mielipidettä lääkityksiasiasta ja myöhemmin käyttää tätä hyödyksi, jotta lääkitys hoidettaisiin sosiaalityöntekijän toivomalla tavalla. Asiakkaalle annettiin valtaa, kun hänen toivettaan kysyttiin, mutta todellisuudessa valta on ammattilaisten käsissä.

Kysymys lääkityksen hoitamisesta nousee esiin useassa kohdassa kotikäyntiä. Seuraavassa esimerkissä muiden keskustellessa reseptien uusimisen käytännöistä, Saima tuo esiin, että on odottanut postin tuovan ne. Saiman kommenttia ei huomioida, mutta Saima kysyy uudestaan resepteistä ja kyseenalaistaa muiden näkemykset siitä, mihin reseptit toimitetaan.

*Sosiaalityöntekijä: Niin tota toimitetaanko ne reseptit siis nyt sinne apteekkiin vai kotihoitoon?*

*Sairaanhoitaja: No ihan miten sovitaan, että tuota mun täytyy*

*(Saima puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Saima: Miksei ne reseptit voi olla minulla*

*(Sairaanhoitaja puhuu Saiman päälle)*

*Sairaanhoitaja: Keskustella ohjaajan kanssa, että se asiakkuus alotetaanko*

*Juha: Ei ku nyt, nyt tota niin ei ensinnäkään oteta paperireseptejä, vaan otetaan ne e*

*Sosiaalityöntekijä: E-reseptit*

Muut ovat neuvotelleet siitä, missä Saiman reseptejä säilytetään. Saima kysyy napakasti, miksi reseptit ei voi olla hänellä. Sairaanhoitaja ohittaa kysymyksen, mutta Juha toteaa, että otetaan e-reseptit. Saimaa ei nähdä kykenevänä huolehtimaan resepteistä, ja hänen mielipiteensä ohitetaan.

Seuraavassa aineisto-otteessa puhe reseptien uusimisesta jatkuu. Keskustelussa muodostuu vääntöä siitä, kuka ottaa vastuun lääkityksestä; terveysasema vai kotihoito. Vastakkain ovat sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän näkemykset.

*Juha: Joo. Miten e-reseptit uusitaan?*

*Sairaanhoitaja: Lääkäri uusii sen niin ku automaattisesti (naurahtaa) atk. Ettei tarvi mitään paperia*

*(Juha puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Juha: Eli niitä ei tarvi ees uusia?*

*Sairaanhoitaja: Mutta sielä pitää olla terveysaseman*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Ei sitte jos ne on kotihoidon vastuulla se lääkitys, niin sithän te huolehditte siitä uusimisesta. Ku täshän on nyt ollu ongelmana just se, että et, et Saima oot ollu pitkään ilman sitä muistilääkettä.*

*Saima: Niin. (hiljaisesti)*

*Sosiaalityöntekijä: Että se on todellakin jääny nyt todennäköisesti pois.*

*Juha: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Et et sen takia ois tärkeetä, et joku muu vahtis sitä uusimistakin. Et sit ei tarts kanta huolta siitä, vaan että jos ne on kotihoidon hoidossa ne lääkkeet, niin sit kotihoito huolehtii siitä uusimisesta. Eikö niin?*

*Sairaanhoitaja: Mmm. Siis niin joo lääkäri periaatteessa uusii, mutta niin ku seurataan, että lääkettä on hänellä ja. Apteekkihan sen sitte*

*(Juha puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Juha: Meillehän riittää sitten*

*(Sairaanhoitaja puhuu Juhan päälle)*

*Sairaanhoitaja: Anteeksi vielä. Jos on apteekkisopimus tehty, niin apteekin kautta lääkkeet, niin apteekki huolehtii sen uusimisen.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin sen ilmoituksen?*

*Sairaanhoitaja: Sen voi toki. Sen työn minkä kotihoito tekee, voi tehdä myös terveysaseman terveydenhoitaja. Et se on ihan siinä mielessä, että jos täällä ei ole meillä, meillä mitään muuta tekemistä Saiman luona ku pelkästään se lääkitys, niin sen pystyy tekeen myös terveysaseman terveydenhoitaja.*

*Juha: Joo okei.*

*Sosiaalityöntekijä: Mut miten? Kuka siit huolehtis sitte siitä sinne terveydenhoitajaan kontaktoinnista?*

*Sairaanhoitaja: Mmm. Se on. Jos ei itse pysty*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Sitte Juha tai Saima?*

*Sairaanhoitaja: Niin. Itse tai läheiset auttaa siinä.*

*Juha: No minä huolehdin tietysti.*

*Sairaanhoitaja: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Vai huolehtiiko kotihoito? Haluatko sinä huolehtia?*

*(Juha puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Juha: Eikö siis. Mä huolehdin siitä, mistä te ette huolehdi. Sanotaanko näin.*

*(Sairaanhoitaja naurattaa)*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Niin. Mä kyllä toivoisin, että se ois kotihoidolla kyllä. Selkeyden vuoksi.*

*Sairaanhoitaja: Niin. Se tarkoittaa*

*(Juha puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Juha: No laitetaan kotihoitoon se.*

Keskustelussa käy selvästi ilmi, että sairaanhoitaja toivoisi asiakkaan siirtyvän terveysaseman asiakkuuteen, kun taas sosiaalityöntekijä haluaa Saiman siirtyvän kotihoidon asiakkuuteen, ja sitä kautta kotihoidon huolehtivan Saiman lääkityksestä. Esimerkki ilmentää hyvin sitä, miten organisaatiot asettavat ehtoja ammattilaisten työskentelylle. On yleisesti tiedossa kotihoidon vaikea työtilanne, ja luultavasti siksi sairaanhoitaja toivoo Saiman siirtyvän terveysaseman asiakkuuteen, koska muuhun kuin lääkejaon palveluun ei ole tarvetta. Sosiaalityöntekijän näkemys on toinen. Sosiaalityöntekijä arvioi, että kotihoidon kautta lääkityksien hoito on helpointa ja toimivinta. Hän käyttää tahtonsa läpimenemisen yhtenä perusteluna Saiman keskustelun alussa esittämää kommenttia siitä, että lääkitys on ongelma. Ammattilaiset perustelevat näkemyksiään Juhalle, joka alkuun on toimimassa sairaanhoitajan tahdon mukaisesti, mutta kääntyy lopulta sosiaalityöntekijän kannalle. Ammattilaisten väentäessä kättä lääkitysvastuusta, tulee selkeästi ilmi, että todellisuudessa päätös on heidän käsissään, eikä asiakkaan toiveella ole todellista merkitystä. Lopulta pojan mielipide sinetöi päätöksen, ja sosiaalityöntekijän tahto toteutui.

Myös seuraava esimerkki on Saiman kotikäynniltä. Siinä keskustellaan siivousavusta, jonka Saima on nähnyt tarpeelliseksi puhelinkeskustelussa, jota on käynyt sosiaalityöntekijän kanssa ennen kotikäyntiä.

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Silloin ku olit meihin päin toimistoon yhteydessä, niin sanoit, että mielellään siivousaspua ottaisit.*

*Saima: Niin. (naurahtaa) Joo. Mut kyl mä tota jaksan vielä neki hommat tehdä. Ei tarte kaikkee samana päivänä tehdä.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

Saima tuo aineistoesimerkissä esiin, että jaksaa itse siivota, johon sosiaalityöntekijä myöntyy. Saiman näkemyksestä huolimatta ammattilaiset ja Juha jatkavat keskustelua kaupungin siivousasetelista ja sen kriteereistä sekä palveluntuottajista. Seuraavan esimerkin alussa Saima keskeyttää keskustelun ja sanoo uudelleen siivoavansa itse.

*(Saima puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Saima: Mä uskon, että mä siivoon ite, koo tää on niin monimutkaista.*

*(sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*(Juha puhuu Saiman päälle)*

*Juha: Tota niin*

*Saima: Jaksan sitte.*

*Sairaanhoitaja: Niin.*

*Juha: Nyt jos sä haluat arvioida siivoustarvetta, niin käy keittiössä. Äiti on nyt sitä siivonnut pikkuhiljaa.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Sairaanhoitaja: Niin.*

*Saima: Ku oon heittänyt paljon semmosta tavaraa, mitä ei tartte.*

*(Sairaanhoitaja puhuu Saiman päälle)*

*Sairaanhoitaja: Silloin mä muistan, että hällä oli vain ikkunanpesu, ku mä kävin aikasemmin*

*(Juha puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Juha: Äiti oli sitä mieltä, että tänne ois tulis ikkunanpesijä tänään, mutta oli ilmeisesti kuullu väärin puhelimesta.*

*Sosiaalityöntekijä: Okei. Just.*

*Sairaanhoitaja: Niin eli tota*

*(Juha puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Juha: Mut elikkä me otetaan se siivousseteli, jos siihen on mahdollista saada tietysti. Koska me järjestetään tänne. Me ekana. Me on nyt veljen kans tota siivottu. Mun veli on tota siivonnu keittiötä. Sieltä on yleensä saanu jättesäkillinen tavaraa. Ja silti se ei*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Joo mä muistan silloin vuos sitte se oli aika täynnä.*

*Sosiaalityöntekijä kuiskaa ilmeisesti Saimalle: Oli, oli.*

*Juha: Ja tota, mä nyt alotin tuolta makuuhuoneesta, että me saatais toinen sänky tyhjäksi. Sielt on lähteny ehkä sata kiloa aikakauslehtiä.*

*Saima: Ei sieltä kaikkea voi heittää. (hiljaisesti)*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Joo.*

*Juha: Mut se on pikkasen tota hidasta. Esimerkiksi viimeksi sieltä löyty viidensadan euron edestä kultakolikoita niitten.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Juha: Et joka kirjekuori pitää tavallaan tarkistaa*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Mut sehän motivoi kummasti että*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Juha: Niin. Ettei voi kasana heittää pois. Ja sitten kun me ollaan tehty kerran viikossa iltasin*

*Sosiaalityöntekijä: Kultakolikoita.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Juha: Muute perusraivataan tää. Eiks niin äiti? Pannaan nyt asunto järjestykseen, ja sitte siinä vaiheessa me otetaan tänne viikko- tai kuukaussiivoja.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Juha: Eiks niin?*

*Sairaanhoitaja: Joo. Otetaan ne tulotiedot*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin sitä siivousta riittää siitä huolimatta sulleki.*

*Saima: Ai. Niin joo just*

*Sosiaalityöntekijä: Niin että se perussiivous tulis muualta, ja sitte on semmosta järjestelemistä kuitenkin ihan riittävästi.*

*Sairaanhoitaja: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Sopiiko se sulle Saima?*

*Saima: Mitä?*

*Sosiaalityöntekijä: Sopiiko se sulle Saima, jos otetaan semmonen ylläpitosiivous ja sitte ite saat siivota muut?*

*Saima: No katotaan nyt. (hiljaisesti)*

Saima ilmaisee kahdessa kohtaa selvästi, ettei halua siivouspalvelua. Siitä huolimatta keskustelu aiheesta jatkuu. Saiman ja Juhan näkemysten ollessa ristiriitaisia, Juha pyrkii perustelemaan omaa mielipidettään siivouksen tarpeesta ohjaamalla ammattilaisia katsomaan äitinsä keittiötä ja arvioimaan sen perusteella siivoustarvetta. Juha tekee päätöksen siitä, että he ottavat siivoussetelin puhumalla "me"-muodossa. Vaikka Juha teki päätöksen, hän kuitenkin kysyy Saiman mielipidettä. Koska Saimalta ei tule selvää vastausta, sosiaalityöntekijä vielä kertoo, miten toimitaan ja kysyy, sopiiko se Saimalle. Edelleenkin Saima ei suoraan suostu tähän, vaan vastaa hiljaisesti "no katotaan nyt". Ammattilaiset eivät kyseenalaista asiakkaan ja omaisen näkemysten ristiriitaisuutta, ja asiakkaan toiveen ohittamista. Siivouspalvelu päätetään ottaa käyttöön Juhan toivomuksesta.

Kotikäynnin aikana on käyty läpi paljon asioita ja Saima osoittaa useassa kohdassa hermostumisen merkkejä. Sosiaalityöntekijä pukee sanoiksi Saiman hermostuneisuutta, jolloin Saima vielä sanoo hoitavansa asiansa itse. Erityisesti siivousasia on jäänyt vaivaamaan.

*Sosiaalityöntekijä: Saimaa naurattaa, kun tässä niin kauheesti nyt höstätään kaikenlaista. Eiks niin?*

*Juha: Mmm.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Saima: Mä luulen, et mä hoidan ite nää asiat.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin ja*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Siivoon ja pesen ikkunat ja kaikki on (Hiljaisesti, joten lopusta ei saa selvää)*

*Sosiaalityöntekijä: Kyllä, kyllä. Kannattaakin. Kannattaa tehdä niin paljon ilman muuta ite ku ikinä vaan viittii.*

*Saima: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin pysyy hyvässä kunnossa jatkossakin.*

*Saima: Aivan, aivan.*

Saima kertoo hoitavansa itse asiansa. Sosiaalityöntekijä vahvistaa asiakkaan kantaa siitä, että kannattaa tehdä itse mahdollisimman paljon. Todellisuudessa palveluista ja niiden käyttöönotosta on jo sovittu, eikä asiakkaan tuomalla mielipiteellä ole päätöksiin vaikutusta. Päätöksenteko on tapahtunut vastoin asiakkaan tahtoa, sillä asiakas tuo esiin, ettei halua palveluita käyttöönsä ja silti palveluiden käynnistäminen lyötiin lukkoon. Yllä esitetyissä keskusteluissa tulee hyvin esiin, että vaikka vanhusasiakkaiden kantaa kysytään päätöksiä tehtäessä, vastauksella ei välttämättä ole suurtakaan merkitystä.

Saiman kotikäynnin lopussa käytiin keskustelua tiedonkulusta ja sähköisen palvelun käyttöönotosta. Juha on tuonut esiin huoltaan siitä, ettei ehdi nähdä Saimalle lähetettyjä tärkeitä papereita, koska Saima on voinut hävittää ne ennen sitä. Juhan toiveena on, että tieto Saiman asioista tulisi myös hänelle. Keskustelu ilmentää mielenkiintoisella tavalla ammattilaisten puheen ristiriitaisuutta. Toisaalta he korostavat Saiman suostumusta ja itsemääräämisoikeutta, mutta silti ohittavat Saiman puheessaan ja Juhan rooli korostuu.

*Juha: Tota niin. Mites nytte, ku tähän astihan äidille on kaikki tieto tullu niinku näist terveydenhoidostaki niin suoraan äidille*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*



*Sosiaalityöntekijä: No mä meinasin just sanoa sulle sitä, että sä voisit sen sähkösen palvelun siellä. Jos se Saimalle sopii niin. Se sähkönen palvelu, että sä pääset käymään ja katsomaan ne, kaikkia tuloksia ja muita niin tuota sähkösesti. Nykyään pystyy. Niin siellä voi täyttää sen lomakkeen ja sitte niin ku jos sinne tulee vaikka jotain testituloksia tai jotain tämmöstä, niin siit tulee ilmotus tekstiviestillä sun kännykkään, niin sit sä osaat mennä katsomaan sen sieltä sähköisestä palvelusta. Se on ihan hyvä*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Sairaanhoitaja: Niin. Ja mä en tiedä. Onks niin ku rahallinen eduvalvoja ja terveydellinen edunvalvoja? Oletko*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Ne on eri asiat.*

*Sairaanhoitaja: Niin munki mielestä. Niin että Saima varmaan pitää vielä olla mukana siinä*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin, niin. Onki, onki. Mut että siinä on semmonen*

*(Juha puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Juha: Mut että hänen suostumuksellaan*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Lomake johon saa. Et jos hän siihen luvan antaa niin sit saa omaiset. Just jos tulee noita testituloksia*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Sairaanhoitaja: Niin just. Kyllä. kaikissa pitää olla*

*Juha: Äidillähän ei oo sitä. toimintakelpoisuutta rajoitettu. Mitä se sitte tarkkaan ottaen (päällekkäin)*

*Sosiaalityöntekijä: Ei. Niin se koskee vain sitte näitä raha-asioita*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Sairaanhoitaja: Raha-asioita tota tää edunvalvonta*

*Sosiaalityöntekijä: Kyllä, kyllä. Muuten täysin. Ilman muuta päättää omista asioistaan.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Juuri näin.*

Juhan rooli korostuu sosiaalityöntekijän ensimmäisessä puheenvuorossa. Sosiaalityöntekijä puhuu Juhalle esimerkiksi siitä, miten "sä pääset käymään" ja "sun kännykkään". Sairaanhoitaja ottaa esiin sen seikan, että Juhan ollessa ainoastaan taloudellinen edunvalvoja, tarvitaan myös Saiman

suostumus siihen, että Juha saa Saiman sähköistä palvelua käyttää. Sairaanhoidajan huomion jälkeen sosiaalityöntekijä sanoo, että ilman muuta Saima päättää omista asioistaan. Kommentti on ristiriidassa alun puheeseen. Esimerkki havainnollistaa hyvin vanhusasiakkaiden näennäistä valtaa. Puheissa valtaa on, mutta käytännössä ei.

Vanhusasiakkaiden, omaisten ja ammattilaisten tahdon lisäksi päätöksiin vaikuttavat organisaation käytännöt. Kertun kotikäynnillä nousi esimerkki tästä ilmiöstä. Heti kotikäynnin alussa selvisi, että Kertun kunto oli heikentynyt huomattavasti lyhyessä ajassa ja omaishoitajapuoliso Hannun jaksaminen oli äärirajoilla. Hannu oli ilmeisesti puhelimessa tuonut esiin, että oli harkinnut ympärivuorokautisen hoitopaikan hakemista Kertulle.

*Sosiaalityöntekijä: Ja tota mä oon sit tässä mukana sitä varten, ku te puhuitte, että ootte ajatellu, että jos jo pitkäaikaispaikkaa.*

*Hannu: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Semmosta vakituista hoitopaikkaa teille. Mut ku ne kaupungin kriteerit on sellaset, et pitäis tätä avopuolen tukipalveluja vielä lisätä.*

*Hannu: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Et ne pitäis olla. Ku kaupunki on linjannu, että kotona niin pitkään ku mahdollista ja ja kaupungin kaikki avopalvelun tukitoimet kokeiltuna. Jos ne ei riitä, niin haetaan.*

*Hannu: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Sit. Ja ku tää on viranomaispäätös. Et hän ei itse enää niin ku varmaan oo.*

*Hannu: Ei, ei.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Et viranomaiset voi hakea, jos me ajatellaan niin. Päädytään siihen. Mutta että vielä ei varmaan.*

*Kerttu: Mmm. (Hiljaisesti)*

*Sosiaalityöntekijä: Haeta mitään. Vaan mietittäis ensin näitä mejän nykysii tukitoimia mitä voi lisätä*

*Hannu: Joo.*

Sosiaalityöntekijä sanoo, että Hannu on tuonut esiin halunsa hakea Kertulle ympärivuorokautista hoitopaikkaa. Sosiaalityöntekijä kertoo kuitenkin heti, että kaupungin tavoitteena on, että kotona asutaan mahdollisimman pitkään ja ensin kokeillaan voiko kotiin annettavilla palveluilla kotona asumista jatkaa. Sosiaalityöntekijä tuo myös esiin, että viranomainen hakee Kertulle hoitopaikkaa,

sillä Kertun muistisairaus on niin pitkällä, ettei hän välttämättä olisi kompetentti hakija. Vaikka Kerttu ei itse paikkaa voisi hakea, kysyy sosiaalityöntekijä silti hänen mielipiteensä asiaan.

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Missä te ite mieluiten asuisitte? Onko se koti vai palvelutalo?*

*Kerttu: Koti.*

*Sosiaalityöntekijä: Koti on koti. Kyllä.*

*Kerttu: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo, joo. Se tulee sieltä aika varmasti.*

*Hannu: Juu.*

*(Hannu naurahtaa)*

Sosiaalityöntekijä kysyy asiakkaan kantaa asumisesta lyhyellä, helposti ymmärrettävällä kysymyksellä. Pitkälle edenneestä muistisairaudesta huolimatta Kerttu osaa vastata "koti", joka osoittaa, että hän pystyy kuitenkin seuraamaan keskustelua. Kertun mielipidettä asumisesta kysytään, mutta todellista merkitystä kysymyksellä ei ole. Kunnallisen ympärivuorokautisen hoitopaikan hakemisessa organisaation valta korostuu, eikä asiakkailta ja omaisilla ole juurikaan päätösvaltaa. Asiakkailta on oikeus paikkaa hakea, mutta viranomaiset tekevät päätökset.

Seuraava aineisto-ote on Helenan kotikäynniltä, jossa keskustellaan edunvalvonnan hakemisesta. Tuula-sisko on sanonut, että voi Helenaa edelleen auttaa, muttei jaksa hoitaa Helenan raha-asioita. Tuulan mukaan muista omaisista ei ole huolehtimaan Helenan raha-asioista. Kotikäynnillä mietitään, miten raha-asiat hoituisivat jatkossa ja on päädytty edunvalvontaan. Sosiaalityöntekijä kysyy myös Helenan mielipidettä asiaan.

*Sosiaalityöntekijä: Niin, niin. No mitä mieltä Helena ite olet sitte jos, että onko tarpeen hakea ihan semmosta virallista edunvalvojaa?*

*Helena: Eeei.*

*Tuula: Ei hän nyt. Hän ei ymmärrä.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Helena: (Hakee sanoja. Ei saa selvää.) Nyt mä en käsittäny (lopusta ei saa selvää)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin semmonen ihminen, joka hoitais niitä teidän raha-asioita.*

*Helena: Niin, niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Että jos sisar ei nyt niitä enää jaksa hoitaa, niin mitä mieltä ootte siitä, että.*

*Helena: Joo, joo. Että te hoidatte sitte (lopusta ei saa selvää.)*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Helenan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Että se ois toinen henkilö, joka hoitaa niitä raha-asioita. Semmonen niinku.*

*Helena: Niissä nyt ei oo paljon hoitamista (sanoo painokkaasti), mutta hoidettavahan neki on.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin.*

Helenan mielipidettä asiaan kysytään ja alkuun hän vastaa kieltävästi. Tuula puuttuu puheeseen ja sanoo, ettei Helena ymmärtänyt, mistä on kyse. Tämän jälkeen myös Helena sanoo, ettei ymmärtänyt, mistä on kyse. Sosiaalityöntekijä yrittää selittää lyhyesti Helenalle, mitä edunvalvonta on, mutta Helenan puheesta voisi päätellä, ettei hän aivan ymmärtänyt. Tulkitsen, että Helena jäi käsitykseen, että kotihoidosta tai vanhusten palveluista hoidettaisiin hänen asiansa jatkossa. Käsitystä ei korjattu, eikä mielestäni Helena anna suoraa suostumusta asiaan. Seuraavassa esimerkissä keskustelu edunvalvonnasta jatkuu tapaamisen loppu puolella Tuulan ottaessa asian uudelleen esiin.

*Tuula: Niin. Sitä mä. Kyl mä uskoisin, että se vois olla hyvä semmonen. Joku edunvalvonta (lopusta ei saa selvää)*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Tuulan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Joo, joo. No puhutaan lääkärinki kanssa vielä siitä, niin ei toimita väärin, väärin sen suhteen (naurahtaa).*

*Tuula: Mikäs siinä menis sitte väärin?*

*Sosiaalityöntekijä: Mä aattelin lähinnä tätä Helenan ymmärtämistä tässä tilanteessa nytte. Varmaan sitte hyvä lääkäritä tarkistaa, että että niin ko onko Helena hakijana*

*(Tuula puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Tuula: Niin. No kyllä hän on silloin, kun hänellä on ollu parempiakin päiviä tässä, niin kyllä hän on sen ymmärtäny. Sen edunvalvojan, että kyllä hän*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Tuulan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Joo, joo*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijä päälle)*

*Sairaanhoitaja: Mutta nyt kun pitäisi tehdä nyt tällä hetken niitä päätökset ei voi, koska jos me epäile, että jos hänellä on virtsatieinfektio, se aina aiheuttaa sekavuutta*

*(Tuula puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Tuula: Okei joo.*

*Sairaanhoitaja: Ja sitten hänen pitäis olla ilman mitään.*

*Tuula: Niin, niin. tällä hetkellä.*

*Sairaanhoitaja: Virallisesti, että voi estää se.*

*Tuula: Joo, joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Tullaan sitten uudestaan vielä vaikka jututtamaan*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Sairaanhoitaja: Joo. Se vois olla, että hänellä ei ole mitään, mutta nyt hoitajan kertomuksen mukaan lähipäivät on ollut vähän semmoset, että vois olla että on.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Sairaanhoitaja: Että nyt pitäis niin ku kattoo ja yrittää saada.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo enkä me sit muuten. Kyllähän Helena tässä jo niin ku oli sitä mieltä, että olis hyvä, jos joku niitä raha-asioita sitte hoitaa.*

*Helena: Kyllä.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin, niin. Että ei*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Sairaanhoitaja: Koska se on selvä asia, että hän ei enää kykene itse hoitamaan.*

*Tuula: Ei missään nimessä pysty niin. Ja jonkunhan ne on kuitenkin hoidettava (naurahtaa).*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Tuula: Niin.*

*Asiakas: Joo, joo.*

Sosiaalityöntekijä haluaa lääkäriltä arvion Helenan ymmärryksestä ja kompetenssista toimia itse hakijana, jotta edunvalvonnan hakeminen menisi oikein ja olisi virallista. Sairaanhoitaja on tuonut aiemmin esiin epäilyksen, että Helenalla olisi virtsatieinfektio, joka voi aiheuttaa muutoksia vanhusten toimintakykyyn. Tämän vuoksi ajankohta hakemiselle on huono, ja sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja haluavat lääkärin tekemän asiasta arvion myöhemmin. Tuula yrittää vielä tuoda esiin, että Helena on parempina päivinä ymmärtänyt, mitä edunvalvonta on ja suostunut siihen. Myös sosiaalityöntekijä sanoo Helenan aiemmin kotikäynnin aikana olleen sitä mieltä, että jonkun pitää raha-asiat hoitaa. Sairaanhoitaja sanoo lopuksi, että on selvä asia, ettei Helena pysty itse hoitamaan raha-asioita ja Tuula vahvistaa tätä.

Kaksi yllä olevaa aineistoesimerkkiä ilmentävät useampaa eri näennäisen vallan muotoa. Ensimmäisessä esimerkissä näkyy hyvin, että ilman tietoa on vaikea tehdä päätöksiä. Helena ei tulkintani mukaan ymmärtänyt hänelle annettua tietoa ja vastasi todennäköisesti siksi hyvin ympäripyöreästi. Mielestäni Helenan vastaus ei ollut suoranaisesti suostumus edunvalvontaan, mutta sosiaalityöntekijä käytti toisen esimerkin lopussa tätä vastausta vahvistamaan edunvalvonnan tarvetta. Vaikka Helenalta kysyttiin mielipide, sillä ei mielestäni ole merkitystä, jos Helena ei ymmärtänyt asiaa, eikä siksi antanut yksiselitteistä vastausta. Ehkä selkein näennäisen vallan ilmenemismuoto tässä on Helenan toimintakyvyn heikkeneminen ja sitä kautta riippuvuus muista ihmisistä ja heidän avustaan. Jo aiemmin keskustelujen aikana on käynyt selväksi, ettei Helenalla ole Tuula-siskon lisäksi muita omaisia, jotka voisivat hänen asioitaan hoitaa. Mikäli Tuula ei auta, eikä Helena itse pysty raha-asioitaan hoitamaan, on Helena julkisen avun varassa. Toisin sanoen Helenan mielipiteellä ei ole merkitystä, koska hänellä ei ole vaihtoehtona kieltäytyä edunvalvonnasta. Aineisto-otteista voi päätellä, että päätös edunvalvonnan hakemisesta on jo tehty, eikä Helenan näkemyksellä ole juuri merkitystä. Silti ammattilaiset haluavat lääkärin arvioimaan Helenan kuntoa ja mahdollisuutta toimia itse hakijana. Tämä ilmentää näennäistä valtaa. Vaikka todellisuudessa Helena on Tuula-siskon ja ammattilaisten päätösten armoilla, halutaan silti virallisesti osoittaa, ettei Helenalta viedä itsemääräämisoikeutta perusteetta. Mikäli lääkäri arvioi Helenan kyvyttömäksi toimimaan hakijana, viranomainen voi hakea edunvalvontaa. Jos taas lääkärin mielestä Helenan ymmärrys riittää hakijana toimimiseen, on Helenan joka tapauksessa edunvalvontaa haettava, sillä muuta vaihtoehtoa ei ole. Riippuvuus muista ihmisistä heikentää vanhusten itsemääräämisoikeutta.

### 5.1.3 Vallattomuus

Tässä alaluvussa käsittelen vallattomuuden ilmenemismuotoja aineistostani. Vallattomuudeksi näen tilanteet, joissa muut osalliset tekevät päätöksiä ilman, että vanhusasiakkaiden mielipiteitä kysytään tai kysymykset esitetään ohimennen. Aineistossani vallattomuuden teema korostui Kertun tapauksessa, sillä hänen muistisairautensa oli vaikeassa vaiheessa, eikä olisi todennäköisesti edes kyennyt tekemään isoja päätöksiä. Ammattilaiset keskustelivat palveluista Hannun kanssa ja tekivät päätökset ilman Kerttua. Kertun tilanteessa vallattomuus oli ymmärrettävää, mutta myös muilla kotikäynneillä ilmeni vallattomuutta, vaikka toimintakyvyn puolesta se ei olisikaan ollut aina perusteltua. Saiman ja Helenan tapauksissa suoranaista vallattomuutta oli kuitenkin hyvin vähän.

Seuraavassa aineisto-otteessa tuon esiin tilanteen Saiman kotikäynniltä. Ammattilaiset ja Juha-poika ovat keskustelleet keskenään Saiman diagnoosista ja terveyspalveluista. Saima on ollut koko tämän ajan hiljaa, eikä kukaan ole kysynyt häneltä mitään.

*Juha: Me voidaan nyt käydä siellä mehiläisessä, mut mä haluaisin jatkossa, että voidaaks me hoitaa jatkossa tää terveyskeskuksen kautta keskitetysti?*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Sairaanhoitaja: Kyllä eli terveyskeskuksen terveydenhoitajalle. Hän voi pystyy samallalailla hoitaa nää asiat. Ihan miten se sovitaan.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Juha: Joo.*

*Sairaanhoitaja: Ja terveyskeskuslääkäri on siinä mukana.*

Juha kertoo, mitä he tekevät Saiman kanssa seuraavaksi, ja esitti toiveensa siitä, miten haluaisi Saiman terveyspalveluiden hoituvan jatkossa. Ammattilaiset myöntivät tähän, eivätkä tiedustelleet Saiman mielipidettä. Päätös tehtiin ainoastaan Juhan toiveen perusteella. Esimerkki ilmentää hyvin sitä, miten omaiset voivat melko vapaasti määritellä vanhusasiakkaiden avuntarpeen ja tehdä päätöksiä ilman, että asiakkailta kysytään.

Seuraavassa esimerkissä sosiaalityöntekijä ja Juha keskustelevat Saiman talouspuolesta, jota sivuttiin aiemmin kotikäynnin aikana. Keskustelussa nousee esiin, että Juha on voinut laittaa puhelinmyyntiyhtiöihin eston Saiman puolesta ainoastaan sanomalla olevansa Saiman edunvalvoja. Esimerkissä esiin tuleva vallattomuus ei suoranaisesti liity kotikäynnin keskusteluihin, mutta halusin sen ottaa mukaan näytteeksi omaisten suuresta vallasta suhteessa vanhusten elämään ja palveluihin.

*Juha: No joo eli. No kyl tää on aika selvä. Meidän pitää ite kattoa sit tota, miten me saadaan tota talouspuolta vähän parempaan malliin*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Neuvotellen ja juuri sillä tavalla sopien niin ku ootte tehnykki. Et tota must se on ihan, ihan hyvä. Mut ku puhuit niistä, että on tullut niitä tai nyt oot saanutki pois. Juha kerto, että oli jotain niitä postimyyntijuttuja ja jotain aikakauslehtiä ja muita sellasia. Ku soitellaan*

*ja tota tarjotaan kaikenlaista. Niin toi on siitä maistraatin sivusta vaan, että sinne saa sitä, sit sitä tota noin niin myyntikieltoa asetettua sinne väestörekisteritietoihin.*

*Juha: Joo*

*Sosiaalityöntekijä: Et sitä kautta ei mee, mutta ne on kyllä ihan tehokkaita niin ku oot tehnykki, että on sitte, sit ollu suoraan yhteydessä niihin palveluntarjoajiin, niin ne laitta merkinnät sinne sitte.*

*Juha: Joo se on nytte, ku sen pystyy tekemään, niin kuitenkin aika helppoa.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo kyllä ja tota*

*(Juha puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Omianen: Ne ei ees kysy, ku ilmottaa, että on edunvalvoja. Niin ei mitään muuta kysy*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Sanos muuta.*

*Juha: Joo ne ei haluaa papereita. Ne laittaa kaikki poikki saman tien.*

Juha kertoo, että on saanut asetettua puhelinmyyntiyhtiöihin Saimalle myyntikiellon. Juha on Saiman taloudellinen edunvalvoja, eli Juhalla oli virallisestikin oikeus toimia näin. Ongelmallista tässä on, ettei yhtiöstä oltu pyydetty mitään virallisia todistuksia edunvalvonnasta, vaan on luotettu täysin omaisen sanaan. Kuten tässäkin tapauksessa, omaisilla on usein vilpittömän halu tehdä hyviä, vanhusten etujen mukaisia, päätöksiä. Ulkopuolinen ei voi kuitenkaan olla vilpittömyydestä varma, joten automaattisesti omaisille ei saisi antaa vanhusten valtaa. Valitettavasti heikommassa asemassa olevia ihmisiä voidaan käyttää myös hyväksi. Lisäksi vain omaisen kanssa puhelimen välityksellä keskusteleva ulkopuolinen ihminen ei pysty arvioimaan vanhuksen toimintakykyä, ja suoraan omaisen kertomuksen mukaisesti tekemään päätöksiä. Esimerkki tuo hyvin esiin sitä, että omaisten valtaa tehdä päätöksiä vanhusasiakkaiden puolesta kyseenalaistetaan ehkä liian harvoin.

## **5.2 Osallisuus**

### **5.2.1 Osallinen**

Osallinen-otsikon alle luen kohdat, joissa asiakkailta kysyttiin suoraan ja heille puhuttiin ilman, että omaiset toimivat pääasiallisina keskustelukumppaneina ammattilaisille. Näissä tilanteissa asiakkaat nähtiin kompetentteina neuvottelijoina, jotka eivät tarvinneet omaisten tukea vastaamiseen. Näen asiakkaat osallisina myös tilanteissa, joissa heille ei välttämättä edes kohdistettu puhetta, mutta he



ottivat itse aktiivisen roolin keskusteluissa. Jotta asiakkaat pystyisivät olemaan aktiivisina osallisina keskusteluissa, täytyy heillä olla vielä toiminta- ja ymmärryskykyä jäljellä. Myös muiden keskustelijoiden toiminnalla on vaikutusta asiakkaiden mahdollisuuksiin olla osallisina. Aineistoni vanhuksista Saiman ja Helenan kunto oli sellainen, että he pystyivät olemaan keskusteluissa osallisina. Kertun tapauksessa osallisuutta ei ilmennyt.

Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä keskustelee suoraan Saiman kanssa ja kysyy hänen omaa arviotaan muistisairauden vaikutuksista.

*Sosiaalityöntekijä: No mites nyt sitte. Silloin ku me viimeksi ollaan tavattu, niin sen jälkeen oot käyny lääkäriissä*

*Saima: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Ja oot saanu sen alzheimerin tauti diagnoosin, muistidiagnoosin. Ootko huomannut itse, että muisti, muistissa on probleemaa?*

*Saima: No tota voi olla, että jotain vähän on, mutta tota. Muttei tämmösessä joka päiväisessä elämässä, niin ihan hyvin*

*Sosiaalityöntekijä: Hyvin pärjää?*

*Saima: Joo ihan hyvin. Ei mulla oo mitään ongelmia.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Saima: Et mä pystyn kaikki asiat hoitaan ihan.*

*Sosiaalityöntekijä: Kaikki hoidat itse?*

*Saima: Joo, joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Eli*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Joo ku mä oon koko suvun hoitanut itse, ku anoppikin eli satavuotiaaksi (painokkaasti), niin ei oo huonosti hoidettu.*

*Sairaanhoitaja: Niin. Ei oo.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Sosiaalityöntekijä: Ei oo.*

Sosiaalityöntekijä kysyy Saiman omaa näkemystä muistisairaudestaan. Saima myöntää, että muistissa voi olla jotain ongelmaa, mutta sanoo, että arjessa menee ihan hyvin, eikä ole mitään ongelmia. Saima pyrkii vahvistamaan pärjäämistään tuomalla esiin, että on hoitanut aikoinaan koko

suvun itse. Hän vielä lopuksi hakee sosiaalityöntekijän vahvistusta toteamalla kysyvään sävyyn, että "ei oo huonosti hoidettu".

Seuraavassakin esimerkissä Saima tuo "vanhoja, hyviä aikoja" esiin. Sairaanhoidaja ja sosiaalityöntekijä keskustelevat Saiman kanssa hänen vapaa-ajastaan, jolloin Saima siirtyy kesken kaiken toiseen aiheeseen, kertomaan perheensä kaupasta.

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Niin ja tota. Meillähän oli tota meillähän oli kotona aikoinaan kauppa. Että me hoidettiin koko kylän asioita.*

*Sosiaalityöntekijä: Okei.*

*Saima: Ja tota kaikki meni ihan hyvin.*

*Juha: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin, niin.*

*Asiakas: Että tuota. Ei ollu siinä mitään ongelmia.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Juha: Se kauppa tais olla 40-luvulla. Eiks niin?*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

Saima siirtää puheen toisaalle ja alkaa kertomaan, kuinka hänen lapsuudenperheellään on ollut kauppa, jossa ovat hoitaneet koko kylän asioita. Myös tässä kohtaa Saima sanoo kaiken menneen hyvin, eikä mitään ongelmia ole ollut. Juha selventää, että Saima puhuu 1940-luvulla tapahtuneista asioista.

Myös seuraava aineisto-ote on tilanteesta, jossa Saima tuo esiin nuoruuden onnistumisia. Tilanteessa keskusteltiin kotihoidon ateriapalveluista, jolloin Saima alkoi kesken kaiken kertoa sosiaalityöntekijälle työpaikasta, jossa on nuorena työskennellyt. Juha ja sairaanhoidaja jatkoivat keskustelua ateriapalveluista.

*Saima: Mä oon ollu aivan keskustan liikkeessä.*

*Sosiaalityöntekijä: Okei.*

*Saima: Siis Suomen parhaassa.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin.*

*Saima: Että ei huonosti.*

*Sosiaalityöntekijä: Eeei ollenkaan huonosti. Todella hyvin*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Jossa kävi vain diplomaatteja ja rikkaita.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Sulla on ollu aika hieno ja värikäs kuule historia.*

*Saima: Joo, joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Kaikenlaista.*

*Saima: Joo todella. Todella hieno paikka.*

Saima korostaa työskennelleensä keskustan liikkeessä, joka on ollut aikoinaan alan Suomen paras. Myös tässä esimerkissä hän sanoo kysyvään sävyyn, että "ei huonosti", jota sosiaalityöntekijä vahvistaa. Saima vielä sanoo, että asiakkaina kävi vain diplomaatteja ja rikkaita, jolloin sosiaalityöntekijä sanoo Saimalla olleen hieno ja värikäs historia.

Kolmessa yllä olevassa aineistoesimerkissä Saima kertoo nuoruuden ajoista ja sen ajan onnistumisista. Samanlaisia tilanteita kotikäynnillä oli useampiakin ja niissä toistui sama kaava. Kun Saima oli jäänyt keskustelujen ulkopuolelle tai palveluiden käyttöönotosta keskusteltiin, Saima otti aktiivisen rooli keskeyttämällä muiden puheet ja alkoi kertoa vanhoista tapahtumista. Tämä toimintatapa näkyi erityisesti silloin, kun puhuttiin kodin piirissä ilmenevistä vaikeuksista, kuten siivouksesta ja ruokapuolesta. Tämä kielii siitä, että ne ovat olleet kotona vahvasti Saiman tehtäviä, joihin puuttuminen tuntuu henkilökohtaiselta loukkaukselta. Useissa kohdissa Saima olisi mieluummin jatkanut puhetta vanhoista ajoista. Näissä tilanteissa muut osalliset antoivat Saiman kertoa vanhoista asioista hetken aikaa, mutta siirsivät lopulta keskustelut takaisin nykyhetkeen. Saima oli silmin nähden hermostunut kotikäynnin ajan siitä, että hänen kotona selviytymistä kyseenalaistettiin ja Juha toi ongelmakohtia esiin. Vanhojen aikojen muistelu oli Saiman keino siirtää puhe pois ahdistavista aiheista ja omista heikkouksista. Saima toisteli usein lauseita "kaikki meni tosi hyvin" ja "ei ollut mitään ongelmia". Tällä tavoin Saima oli aktiivisena osallisena keskusteluissa. Vanhuuden myötä toimintakyky voi heiketä ja sitä kautta mahdollisuudet osallistua omasta elämästä käytäviin keskusteluihin ja päätöksentekoon vähenee. Saiman kunto ja ymmärrystaso olivat sen verran hyviä, että hän ymmärsi valtansa vähenemisen ja ahdistui siitä. Mielestäni Saiman reaktiot olivat yksi osoitus siitä, että hän oli tilanteen tasalla, ja hänellä olisi ollut vielä kykyä osallistua keskusteluihin enemmän.

Saiman kotikäynnin alussa tuli jo ilmi, ettei Saima ole syönyt pitkiin aikoihin muistilääkettä, koska uusittua reseptiä ei ole haettu terveysasemalta. Lääkitysasiaa on sekoittanut päällekkäiset asiakkuudet yksityisellä ja julkisella sektorilla. Seuraavassa aineisto-otteessa sovitaan, miten Saiman reseptiasiaa edetään jatkossa.

*Sosiaalityöntekijä: No kuka ne hakee ne reseptit sieltä terveyskeskuksesta?*

*Juha: Niin nyt?*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Jotka on siellä nyt uusittuna, mutta niitä ei kukaan ei ole tajunnu hakea*

*(Juha puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Juha: Me voidaan käydä ne äidin kans hakemassa, ne mitä siellä on tällä hetkellä.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Eli Juha hakee reseptit.*

*Saima: Niin ja mä voin tulla.*

*Juha: Niin lähetään hakeen ne, että ne sit*

*(Saima puhuu Juhan päälle)*

*Saima: Käydään kattomassa.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo, okei.*

*Saima: Mut mä oon oottanu, että ne voi tulla postissaki, mutta*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Saiman päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Ei ne taida tulla.*

*Saima: Tänään ei oo vielä posti tullu*

Sosiaalityöntekijä kysyy, kuka hakee Saiman reseptit terveysasemalta, johon Juha sanoo, että he voivat Saiman kanssa hakea. Tämän jälkeen sosiaalityöntekijä vielä varmistaa asian sanomalla "eli Juha hakee reseptit" ohittaen kommentilla Saiman osallistumisen. Saima kuitenkin itse puuttuu heti puheeseen sanomalla, että hänkin voi tulla, jota kaikki myötäilevät. Lopussa Saima vielä yrittää selittää lääkesekaannusta sillä, että on odottanut reseptejä postista. Esimerkki tuo hyvin esiin sitä, että kun omaisten rooli on vahva vanhusten asioista sopiessa, voi vanhusasiakkaat jäädä helposti varjoon. Ammattilaisten ja omaisten on tarkkailtava omaa toimintaansa, etteivät jätä vanhuksia huomiotta ja osallistavat heitä, mikäli mahdollista. Tässä tilanteessa Saima kuitenkin toi aktiivisesti itseään esiin, joka myös osoittaa, että Saimalla olisi kykyä vahvempaan osallisuuteen.

Myös Helenan ymmärryskyky oli arvioni mukaan sellainen, ettei hänen ulossulkemisensa ollut välttämättä perusteltua. Vahvan vallan alaluvussa, sivuilla 49 olleesta, päivätoimintaa käsittelevästä, aineisto-otteesta voi mielestäni hyvin nähdä tämän. Sosiaalityöntekijä kysyy päivätoiminnasta, jolloin Helena sanoo kysyvästi "tä". Tätä ei kuitenkaan huomioda, vaan sairaanhoitaja ja Tuula-sisko ottavat puheenvuorot, jossa näkyy heidän kielteiset kannat päivätoiminnan suhteen. He eivät usko päivätoiminnan olevan oikea palvelu Helenalle, ja Tuula arvioi, ettei Helena ole edes halukas lähtemään. Helena ottaa itse aktiivisesti osaa keskusteluun ja tuo myös kielteisen kantansa esiin. Helenan mielestä hänellä on päivätoimintaa tarpeeksi. Helena oli keskustelussa tilanteen tasalla, ja otti itse aktiivisen roolin, vaikka häneltä ei suoraan kysyttykään mielipidettä. Mielestäni tämä on osoitus siitä, että Helenalla olisi ollut kykyä osallistua kotikäynnin keskusteluihin enemmän kuin mihin hänelle annettiin mahdollisuus. Helenaa ei välttämättä kotikäynnin aikana osallistettu hänen kykyjensä mukaisesti, mutta hän otti välillä itse osallisen roolin.

Seuraava aineisto-ote on Helenan kotikäynniltä, jossa käsitellään Helenan liikkumista ja apuvälineitä.

*Sosiaalityöntekijä: Mites teidän liikkuminen?*

*Helena: Liikkuminen?*

*Sosiaalityöntekijä: Niin.*

*Helena: Tän rollaattorin kans.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Ootteko kaatunu?*

*Helena: En ole nyt kaatunu ollenkaan, että on aikasempaa, mutta en nyt (Tuula puhuu Helenan päälle)*

*Tuula: Ei se nyt lähiaikoina oo. Aikasempaa niitä tapahtu paljonki niitä kaatumisia, mutta ei se nyt oo. Lähiaikoihin.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Helena: Mmm. Kun on tämä vehje, niin ei oo tarvinnu kaatua.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm, mmm. Onko teillä se turvaranneke?*

*Helena: On.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Tuula: Onks se hänellä kädessä?*

*Sairaanhoitaja: Onko se kädessä?*

*Sosiaalityöntekijä: Mä en nää. Onko teillä kädessä se? On se.*

*Tuula: Joo.*

*Sairaanhoitaja: On joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Tiedätkö mitä sillä pitää tehdä?*

*Helena: Eeen. Eeen mä. Miten mä semmosta tietäisin?*

*Sosiaalityöntekijä: Jos te kaadutte, niin tiedätkö te, että pitää painaa?*

*Tuula: Kyllä hän sen tietää. Sen se on yleensä muistanu*

*(Helena puhuu Tuulan päälle)*

*Helena: Oli siinä kysymys taas.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Tuula: Se ei tykkää, jos häneltä kysytään tollasia asioita.*

*Sosiaalityöntekijä: Okei.*

*Tuula: Joo. Kyllä se sen on muistanu.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin justiin. Että se on sitte. Mmm.*

*Helena: Mmm.*

Sosiaalityöntekijä aloittaa keskustelun esittämällä kysymyksen Helenalle hänen liikkumisestaan. Helena kertoo liikkuvansa rollaattorin kanssa, ja nyt ei ole ollut kaatumisia, aiemmin kyllä. Tuula puhuu Helenan päälle ja vahvistaa Helenan äsken kertomaa kaatumisista. Tämän jälkeen Helena sanoo, että rollaattorin takia ei ole tarvinnut kaatua eli itse kysymykseen vastaamisen lisäksi Helena osaa arvioida myös syitä kaatumattomuuteen. Tämä osoittaa Helenan ymmärryskyvyn olevan hyvä. Seuraavaksi puhe siirtyy turvarannekkeeseen, ja sosiaalityöntekijä tiedustelee, onko se Helenan kädessä. Sosiaalityöntekijä osoittaa kysymyksen muille kysymällä "Onko se hänellä kädessä?". Myös muut osalliset kysyvät samaa, kohdistamatta kysymystä Helenalle. Lopulta sosiaalityöntekijä kysyy asiaa Helenalta. Tuula ja sairaanhoitaja vastaavat Helenan puolesta. Tämän jälkeen sosiaalityöntekijä kysyy, osaako Helena turvaranneketta käyttää, jos kaatuu. Helenan vastaus on selkeän sarkastinen, kun hän vastaa, ettei tiedä ja miten voisikaan tietää. Hän myös arvostelee sosiaalityöntekijän esittämää kysymystä ja Tuula sanoo, ettei Helena pidä siitä, jos häneltä kysytään sellaisia asioita. Helena selvästi loukkaantuu, kun sosiaalityöntekijän kysymyksenasettelu aliarvioi hänen ymmärrystään, ja siksi vastaa kysymykseen turvarannekkeen käytöstä sarkastiseen sävyyn. Hän myös kritisoi sosiaalityöntekijän kysymystä. Tämän esimerkin valossa Helenalla on ymmärryskykyä toimia aktiivisena osallisena keskusteluissa. Hän osasi vastata hänelle esitettyihin kysymyksiin kysymyksenasettelua laajemmin, mutta myös arvioi niitä kriittisesti. Lisäksi hän otti itse aktiivisen roolin ja vastaili kysymyksiin siitä huolimatta, että muut ohittivat hänen

puheenvuoronsa tai vastasivat hänelle esitettyihin kysymyksiin. Otteesta pystyi päättämään myös, että jotkin kysymykset olisi voitu suoraan esittää Helenalle ja hän olisi niihin todennäköisesti pystynyt vastaamaan. Helenan kotikäynnillä kävi kuitenkin useamman kerran niin, että Helena ohitettiin keskusteluista perusteetta ja muut osalliset keskustelivat hänen asioistaan keskenään. Esimerkki osoittaa, että vanhusasiakkaat voivat jäädä keskusteluista ulkopuoliseksi, mikäli heillä ei itsellään ole voimia pitää puoliaan tai puheenvuorojaan. Näin erityisesti, jos mukana olevat omaiset ottavat aktiivisen roolin keskusteluissa ja ovat vahvatahtoisia. Tässä esimerkissä Helena kuitenkin raivasi itselleen keskusteluissa tilaa. Esimerkki tuo esiin myös sitä, miten ammattilaisten on vaikea arvioida ennestään tuntemattoman asiakkaan ymmärrystä ja osallistumisen mahdollisuuksia. Helenan tapauksessa sosiaalityöntekijän arvio oli ilmeisen väärä, jonka Helena koki loukkaavaksi.

### 5.2.2 Vastaaja

Näen vanhusasiakkaiden olevan vastaajia silloin, kun he osallistuvat keskusteluihin, mutta ainoastaan passiivisina vastaajina. Näissä tilanteissa muut osalliset esittävät kysymykset vanhuksille ja vanhukset ainoastaan vastaavat, mutta eivät ota sen enempää kantaa käsiteltäviin asioihin. Vanhusasiakkaat voivat jäädä helpommin vastaajan rooliin, mikäli toimintakyky on heikentynyt ja sitä kautta puheen tuottaminen tai keskustelun seuraaminen vaikeutuu. Myös muiden osallisten toiminnalla ja kysymysten asettelulla on vaikutusta. Kertun osallisuuden taso oli koko tapaamisen ajan lähinnä vastaamista. Muut aineiston vanhusasiakkaat olivat toimintakyvyiltään sen verran parempia, että pystyivät olemaan tilanteissa aktiivisemmin mukana, mutta myös he jäivät ajoittain vain vastaajan rooliin.

Alla olevassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kertoo kotikäynnin alussa Saiman pyytäneen palvelutarpeen arviota ja kysyy, mitä palveluita Saima tarvitsisi.

*Sosiaalityöntekijä: Mites Saima nyt, ku tuota olit meihin yhteydessä ja pyysit tätä palvelutarpeenarviokäyntiä. Niin oliko sulla mitä silloin mielessä itellä?*

*Saima: Ai että minä oon muka pyytäny?*

*Sosiaalityöntekijä: Niin.*

*Saima: En mä muista semmosta.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo, sä oot saanu kirjeen.*

*Juha: Se on tässä se kirje (päällekkäin)*

*(Saima puhuu Juhan päälle)*

*Saima: Ai jaha.*

*Sosiaalityöntekijä: Sä oot saanu tällaisen*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Niin se on se.*

*Sosiaalityöntekijä: Ikään kuin kutsun. Ja sen perusteella soitit meille ja sanoit, että mielellään otat tällaisen palvelutarpeenarviokäynnin vastaan.*

*Saima: Justiin, joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin osaatko nyt kertoa, mitä palveluita haluaisit?*

*Saima: En mä nyt oikeastaan. Ihan hyvin tuun toimeen kylläkin että. Että tuota.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Saima: Että tähän asti oon ite hoitanu kaikki.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin.*

*Saima: Että ei mulla mitään erikoista ole, mutta jos nyt jotain apua halutaan antaa niin. Niin tota. (Tauko.)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin voisit ottaa vastaan. Niinkö?*

*Saima: Niin.*

*(Saima ja sosiaalityöntekijä naurahtavat)*

Kotikäynnin alussa sosiaalityöntekijä kertoo Saiman saaneen vanhuspalveluista kirjeen, jonka jälkeen on itse pyytänyt palvelutarpeen arviointia. Saima ei muista tätä. Sosiaalityöntekijä kysyy, mitä palveluita Saima haluaisi. Saima ei osaa sanoa, ja kertoo tulevansa hyvin toimeen ja hoitaneensa kaiken tähän asti itse. Saima kuitenkin myöntyy, että jos jotain apua halutaan antaa, niin hän sen voi ottaa vastaan. Sosiaalityöntekijä puhuu esimerkissä suoraan Saimalle ja kysyy Saiman näkemystä palvelutarpeesta. Saima toimii tilanteessa ainoastaan vastaajana, eikä osaa eritellä avuntarvettaan kovin hyvin. Tämä voi johtua sosiaalityöntekijän kysymyksenasettelusta. Hän kysyy, mitä palveluita Saima haluaisi, mutta Saiman voi olla vaikea vastata, mikäli hän ei tiedä, mitä on tarjolla. Saiman vastaaminen olisi voinut muuttua osallisuudeksi, jos häneltä olisi kysytty esimerkiksi yleisemmin kotona pärjäämisestä tai omaa arviota ongelmakohdista kotona selviytymisessä. Esimerkki tuo hyvin esiin sitä, että sillä, miten kysytään, on vaikutusta vanhusten



mahdollisuuksiin ja ehkä halukkuuteenkin osallistua. Toki esimerkkikeskustelu oli ainoastaan sosiaalityöntekijän pohjustus keskustelulle ja kotikäynnin aikana aiheesta jatkettiin.

Kertun kotikäynnillä Hannu on kertonut, että Kertun kunto on heikentynyt lyhyessä ajassa huomattavasti. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä tekee arviota Kertun toimintakyvystä. Sosiaalityöntekijä esittää kysymykset pääasiassa Hannulle, mutta osallistaa myös Kerttua.

*Sosiaalityöntekijä: Niin just, joo. Minkälaisissa asioissa te kotona autatte häntä? Tai onks jotain mitä hän vielä itse tekee? Ei.*

*Hannu: Ei, ei.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. (Tauko.)*

*Sosiaalityöntekijä: Käytättekö te rollaattoria liikkumiseen?*

*Kerttu: En.*

*Sosiaalityöntekijä: Et hyvin*

*(Hannu puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Hannu: Ei.*

*Sosiaalityöntekijä: Jalat toimii hyvin.*

*Kerttu: Kyllä.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo*

*(Hannu puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Hannu: Jalat toimii, mutta on kyllä vähän kömpelöt että. Horjahtelee mielellään. Ja kaatuukin. Tuolla maalla varsinkin, kun on epätasaista.*

*Sosiaalityöntekijä: Epätasaista niin. Käyttekö ulkona vielä kävelyllä?*

*Kerttu: Joskus tai. Joskus toinen.*

*Hannu: Kyl me käydään tossa. Esimerkisi toi lähikauppa. Niin kyl me siinä käydään sitte.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Hannu: Kun hän on aina mukana, etten mä voi häntä tänne jättää.*

Sosiaalityöntekijä kysyy Hannulta, missä asioissa hän Kerttua auttaa, ja pystyykö Kerttu vielä itse tekemään jotain. Hannu vastaa jälkimmäiseen kysymykseen kieltävästi. Tämän jälkeen sosiaalityöntekijä kysyy suoraan Kertulta rollaattorin käyttämisestä, johon Kerttu vastaa yhdellä sanalla ja Hannu vahvistaa tämän. Sosiaalityöntekijä kysyy johdattelevasti, että "jalat toimii

hyvin?", johon Kerttu vastaa myöntävästi, taas yhdellä sanalla. Tämän jälkeen Hannu kertoo liikkumisesta enemmän. Seuraavaksi sosiaalityöntekijä kysyy Kertulta ulkoilusta, johon Kerttu vastaa epäselvästi. Hannu taas kertoo ulkoilusta lisää. Aineisto-otteesta voi huomata, että Kerttu pystyy keskustelua seuraamaan ja vastaamaan hänelle esitettyihin kysymyksiin, toisin sanoen toimimaan vastaajana. Hänellä ei kuitenkaan ole enää kykyä olla osallisena eli vastata laajemmin kysymyksiin. Kotikäynnin aikana sosiaalityöntekijä esitti Kertulle helppoja, arkiseen elämään liittyviä kysymyksiä, joihin Kerttu osasi lyhyesti vastata. Hannu oli tukena eli tarvittaessa kertoi lisää. Kun käsiteltiin varsinaisia palveluita ja niistä tehtiin päätöksiä, Kerttu ei ollut osallisena. Kertun muistisairaus oli pitkälle edennyt, mutta siitä huolimatta hän pystyi osallistumaan keskusteluihin ja seuraamaan niitä. Esimerkki osoittaakin hienosti sitä, että muistisairaudella tai toimintakyvyn heikkenemisellä voi olla vaikutusta vanhusasiakkaiden osallisuuden tasoon, mutta he silti pystyvät osallistumaan. Kunnan heiketessä vanhusten rooli muuttuu, ja valta siirtyy asteittain muille, mutta missään vaiheessa vanhusasiakkaita ei saa sulkea kokonaan pois, kun kyseessä on heidän elämäänsä koskevat asiat.

### 5.2.3 Syrjäytetty

Vanhusten syrjäyttämiseksi tulkitsem tilanteet, joissa vanhusasiakkaille ei anneta mahdollisuutta osallistua, vaan muut osalliset käyvät keskustelua huomioimatta vanhuksia ollenkaan. Vaikka vanhusasiakkaiden mielipiteitä kysyttäisiinkin, lopulta heidän puheenvuoronsa viedään tai puhutaan päälle, eikä vanhusten sanomisilla ole lopun kaiken mitään painoarvoa. Aineistossa oli myös kohtia, joissa vanhukset suorastaan suljettiin ulos keskusteluista, esimerkiksi kuiskimalla tai puhumalla asioista ainoastaan suoraan, kun asiakas ei ollut tilanteessa läsnä. On myös mahdollista, että asiakkaat itse syrjäyttivät itsensä keskusteluista, olemalla vastaamatta tai poistumalla tilanteesta. Tämän voisi tulkita jonkinlaiseksi vastapuheeksi asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle. Aineistossani syrjäyttämistä esiintyi jonkin verran. Aineistoni kotikäynneistä eniten syrjäyttämistä näkyi Kertun kotikäynnillä. Myös Saiman kotikäynnillä joitain kohtia voi tulkita syrjäyttäviksi. Helenan kotikäynnillä syrjäyttäminen ilmeni ajoittain selkeästi, eikä sitä pystynyt välttämättä selittämään Helenan toimintakyvyn heikkenemisellä. Jotta syrjäyttämistä ei tapahtuisi, on muiden osallisten keskityttävä omaan toimintaansa, jotta he eivät toimisi edes huomaamattaan syrjäyttävästi.

Saiman kotikäynnillä viitteitä syrjäyttävistä toimintatavoista ilmeni heti alussa, kun keskusteltiin Saiman lääkityksestä ja siinä ilmenneistä ongelmista. Alkuun Saima oli keskustelussa mukana ja häneltä kysyttiin lääkkeistä, mutta melko nopeasti hän jäi keskustelun ulkopuolelle. Lopulta sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja ja Juha puhuivat keskenään Saiman lääkityksestä ja lääkärinkäynneistä sekä sopivat jatkotoimenpiteistä noin kahdeksan minuutin ajan ilman, että Saima puhui mitään. Saima istui koko tämän ajan pöydän päässä hiljaa kuunnelleen, eikä häntä huomioitu. Ainoastaan kerran, kyseisen keskusteluosion loppupuolella, sosiaalityöntekijä sanoo naurahtaen "*Tää ei oo kato ihan niin yksinkertaista*", joka on oletettavasti osoitettu Saimalle. Kyseinen tilanne ilmentää, että keskusteluissa, joissa on omaisia ja ammattilaisia läsnä, vanhusasiakkaat voivat jäädä keskusteluissa helposti sivuun. Kun omaisia on läsnä, ammattilaiset voivat olettaa heillä olevan pätevää tietoa vanhusasiakkaiden tilanteista sekä heidän hoitavan vanhusten asioita paremmin, joten omaisista tulee vanhusten äänen- ja vallankäyttäjiä. Aineistoni perusteella näin tapahtui erityisesti käsiteltäessä virallisempia asioita, kuten tässä terveydenhoitoon liittyviä seikkoja. Saiman kotikäynnillä Saima olikin aktiivisesti mukana keskusteluissa, joissa puheena olivat kotiin liittyvät asiat.

Kertun kotikäynnin keskusteluissa ilmeni eniten syrjäyttämistä. Näin tapahtui tilanteissa, joissa keskusteltiin palveluntarpeista ja sovittiin palveluiden käyttöönotosta sekä arvioitiin Kertun toimintakykyä. Ammattilaiset esittivät palveluntarpeita sekä Kertun kuntoa koskevat kysymykset suoraan Hannulle, Kertulta kysyttiin arkielämään liittyvistä asioista. Hannu puhui paljon "me"-muodossa eli hän puhui ikään kuin Kertun äänellä. Kerttu istui lähes koko kotikäynnin ajan hiljaa, mutta selvästi seurasi keskustelua. Kertun ymmärrystason huomioden syrjäyttäminen saattoi olla perusteltua, sillä Kertun osallistaminen olisi voinut olla lähinnä näennäistä. Kun keskustellaan monimutkaisista asioista, kuten erilaisista palveluista ja niiden hakemisesta, voikin miettiä, onko tarkoituksenmukaista osallistaa keskusteluihin ja päätöksentekoon vaikeasti muistisairaita vanhuksia.

Helenan kotikäynnin alussa paikalla oli kotihoidon hoitaja, joka oli ollut Helenan luona aamukäynnillä. Sairaanhoitaja ja opiskelija tulivat paikalle myöhässä, ja sisälle tullessaan he keskustelivat hiljaiseen ääneen eteisessä paikalta poistuvan hoitajan kanssa. Muut osalliset istuivat hiljaa olohuoneessa odottaen. Eteisessä käydystä keskustelusta ei saa selvää, mutta ilmeisesti Helenan asiat olivat puheena. Myös seuraavasta aineisto-otteesta voi päätellä, että sairaanhoitaja

olisi halunnut keskustella Helenan asioista siten, ettei Helena kuule. Kesken keskustelun edunvalvonnasta sairaanhoitaja kuiskii Tuulalle, jonka jälkeen Tuula vastaa.

*Tuula: Pikkasen, joo.*

*Sairaanhoitaja: Epäilen, että hänellä on vti taas.*

*Sosiaalityöntekijä: Okei.*

*Sairaanhoitaja: Että se vois olla, ettei*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin et ehkä kannata nyt sitte virallisia*

*(Sairaanhoitaja puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Sairaanhoitaja: Sekavuutta on lisääntynyt.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo*

*Tuula: Joo.*

*Sairaanhoitaja: Ja eilen oli semmoset. Mä, mä ajattelin, että mä tulen sen verran etuajassa, että pystyn keskusteleen teidän kanssa ennen, mutta meillä oli vähän lääke (lopusta ei saa selvää)*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

Päättelen, että sairaanhoitaja kuiskasi Tuulalle, että epäilevät Helenalla olevan virtsatieinfektio ja kysyy Tuulan arviota Helenalla ilmenneestä sekavuuden lisääntymisestä. Tuula vastaa hiljaa, että "pikkasen joo.". Tämän jälkeen sairaanhoitaja kertoo ääneen epäilyksestään, jolloin sosiaalityöntekijä arvioi, ettei virallisia päätöksiä kannata tehdä. Sairaanhoitaja kertoo Helenan sekavuuden lisääntyneen ja aikoneensa tulla kotikäynnille etuajassa, jotta olisi voinut tästä keskustella ennen varsinaisen tapaamisen alkua. Eteisessä käyty keskustelu sekä aineistoesimerkki kertovat mielestäni siitä, että ammattilaisilla ja omaisilla voi olla vaikeuksia puhua hankalista asioista suoraan asiakkaiden läsnä ollessa ja vaikeista asioista puhutaan mieluummin, kun asiakkaat eivät ole kuuntelemassa.

Myös seuraava aineistoesimerkki on Helenan kotikäynniltä. Siinä sosiaalityöntekijä kysyy Helenalta hänen arjen kulusta, mutta ei saa selvää vastausta, joten muut ottavat puheenvuorot.

*Sosiaalityöntekijä: Miten te päivää vietätte täällä kotona?*

*Helena: Päivää?*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Mitä te teette täällä kotona sitte?*

*Helena: Mitä teen?*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Miten teillä päivä sujuu?*

*Helena: Tätä mitä nytteki.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Tuula: Suurimman osan päivää hän nukkuu aina.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Tuula: Milloin tahansa mä tulen tänne, niin hän nukkuu aina.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Tuula: Se on nukkumista se on pääasiassa.*

*Helena: (Hakee sanoja) Ai tarkoittaa, että mitä mä (hakee sanoja). Minä teen (hakee sanoja).*

*Kaikkea mitä minä pystyn tekemään.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm.*

*Helena: (Hakee sanoja)*

*Tuula: Ei hän periaatteessa tee mitään. Hän nukkuu pääasiassa vaan ja sitte mitä hän tulee hetkeksi tohon syömään tai juomaan, ku hoitaja käy.*

*Sairaanhoitaja: Kyllä se pitää paikkaansa.*

*Tuula: Juuri tätä näin se on. Joo näin se on*

*(Sairaanhoitaja puhuu Tuulan päälle)*

*Sairaanhoitaja: Suurin osa päivää, kun me nähdään on sängyssä*

*(Tuula puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Tuula: Joo. Minä tiedän ihan tarkkaan. Miten se. Ei se.*

*(Helena sanoo jotain. Ei saa selvää. Ilmeisesti itsekseen puhuu.)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin justiin.*

Sosiaalityöntekijä kysyy alussa asiakkaalta sitä, miten hän päiväänsä viettää. Asiakas ei saa sanottua selvää vastausta, joten Tuula ottaa puheenvuoron ja kertoo Helenan lähinnä nukkuvan. Tämän jälkeen Helena yrittää uudelleen vastata sanoja hakien, muttei saa vieläkään sanottua tarkkaa vastausta. Tuula ottaa puheenvuoron uudelleen kertoen, ettei Helena tee oikeastaan mitään nukkumisen lisäksi. Sairaanhoitaja vahvistaa Tuulan kertomaa, jonka jälkeen myös Tuula vahvistaa vielä kertomustaan. Myös sairaanhoitaja kertoo Helenan viettävän päivät lähinnä sängyssä, johon Tuula sanoo tietävänsä tarkkaan, miten asiat ovat. Tämän jälkeen Helena puhuu jotain hiljaisella äänellä, ilmeisesti itsekseen. Sosiaalityöntekijä kuittaa kuulemansa ja vaihtaa aihetta. Esimerkistä

voi päätellä, että Helenalla on vaikeuksia pukea ajatuksiaan sanoiksi. Helenan vastaamista ei kuitenkaan tueta tai kysellä häneltä tarkennusta. Tähän voi olla syynä vahvat mielipiteet omaava omainen, joka ottaa helposti puheenvuoroja. Sairaanhoitaja tukee Tuulan kertomaa, ja tämä riittää myös sosiaalityöntekijälle. Omaisen läsnäolo syrjäytti Helenan, sillä Helena ei päässyt kertomaan tarkemmin omaa näkemystään asiasta. Voi olla, ettei Helenalla olisi ollut muuta kerrottavaa, mutta toisaalta hänelle ei annettu edes todellista mahdollisuutta tuoda omaa mielipidettään asiaan. Helena sanoi jotain hiljaa keskusteluosion lopussa, ja sen voisikin tulkita olleen vastapuhetta hänen syrjäyttämislleen. Myös tämä esimerkki osoittaa, että muiden ollessa vahvoja keskustelijoita, olisi kiinnitettävä huomiota, että myös vanhusasiakkaille jää tilaa osallistua.

Seuraava esimerkki on niin ikään Helenan kotikäynniltä tilanteesta, jossa keskustellaan edunvalvonnasta ja sen jälkeen Helenan tuloista ja menoista. Kesken Tuulan puheenvuoron Helena nousee pöydän äärestä ja lähtee rollaattorilla makuuhuoneeseen.

*Helena: Mun täytyy mennä. Koskee niin kovasti tohon.*

*Sairaanhoitaja: Menetkö sinä nyt sänkyysi takaisin?*

*Tuula: Se ei jaksa enää istua. (Ääniä tuolin siirtämisestä. Puheesta ei saa selvää.) Ei se kauaa tossa istu.*

*Sairaanhoitaja: Kyllä hän melkein koko päivän sängyssä on. Että istuminen on vaikeaa.*

*Tuula: Joo joo.*

Tuulan ja sosiaalityöntekijän puhuessa Helenan raha-asioista, Helena poistuu olohuoneesta. Helena sanoo syyksi, että "koskee niin kovasti tohon." Sairaanhoitaja kysyy meneekö Helena sänkyyn takaisin, johon Tuula vastaa, ettei Helena jaksa enää kauaa istua. Sairaanhoitaja vahvistaa Tuulan sanomaa. Keskustelu jatkuu Helenan toimintakyvystä ja erilaisista palveluista, joita on kokeiltu kotona asumisen tueksi. Tuula ja sairaanhoitaja tuovat esiin Helenan passiivisuutta ja sairaanhoitaja arvioi sen olevan masennukseen liittyvää. Helena oli makuuhuoneessa noin seitsemän minuutin ajan, jonka jälkeen hän palasi samalle paikalle istumaan sanoen "ottaa tuohon kylkeen välillä niin kovasti, niin on pakko, pakko mennä pitkälleen." Tilasta poistuessaan Helena sanoi, että johonkin koskee. Oman tulkintani mukaan Helenan poistuminen voisi olla eräänlaista vastapuhetta sille, että hän on jäänyt keskusteluissa ulkopuoliseksi ja hänen puheenvuorojaan on viety toistuvasti. Vaikka Helena ei enää ollutkaan paikalla, keskustelu hänen asioistaan jatkui muiden osallisten kesken. Rohkenisin jopa väittää, että muut keskustelijat hieman vapautuivat Helenan poistuttua.

Keskustelussa nousi esiin Helenan passiivinen käytös sekä masentuneisuus ja yhdessä kohtaa väläyteltiin uudestaan ympärivuorokautisen hoitopaikan hakemista. On vaikea löytää ratkaisua siihen, miten muiden osallisten olisi tilanteessa pitänyt toimia. Helena ikään kuin itse syrjäytti itsensä poistumalla tilasta, mutta jatkamalla Helenan asioista keskustelua ilman Helenaa myös muut osalliset syrjäyttivät hänet. Tämän lisäksi esimerkki tuo esiin myös sitä, että vaikeista asioista puhuminen on helpompaa silloin, kun asiakkaat eivät ole läsnä.

## 5.3 Tiedonsaanti

### 5.3.1 Onnistunut tiedonsaanti

Tämän alaluvun alla käsittelen aineistokohtia, joissa annetaan ymmärrettävästi, asiakkaiden ymmärryskyky huomioiden tietoa päätöksistä ja niihin liittyvistä seikoista suoraan asiakkaille. Joissakin tilanteissa tieto voidaan antaa myös kirjallisena. Jotta tiedonsaanti onnistuisi, pitää muiden osallisten varmistaa, että vanhukset pystyvät seuraamaan keskustelua esimerkiksi huonosta kuulosta riippumatta. Jotta vanhusasiakkaiden ymmärrys varmistuu, selkeän yhteenvedon tekeminen on myös tärkeää. Yhteenvedossa pitäisi kertoa siitä, mistä on puhuttu ja sovittu sekä miten asiakkaan tilanne muuttuu, jos muuttuu. Kaikilla aineistoni kotikäynneillä esiintyi jonkin verran tilanteita, joissa tiedonsaannin voidaan arvioida toteutuneen.

Alla olevassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kertoo asiakkaan kodin lähellä sijaitsevan palvelukeskuksen ryhmätoiminnasta.

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Sitä mä aattelin. Mä otin tota ihan esitteen sua varten.*

*(Paperin kahinaa)*

*Saima: Hyvä, hyvä joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin. Ku siellä on kaikkee ryhmähommaa ja muuta semmosta, jos kiinnostaa tota.*

*Saima: Joo joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin tässä nimittäin. Siinä on. Noin.*

*Saima: Joo hyvä hyvä.*

*Sosiaalityöntekijä: Siinä ois tapahtumakalenteria, mitä siellä ois.*

*Saima: Hyvä hyvä.*

*Sosiaalityöntekijä: Sit ois liikuntaryhmiäki siellä.*

*Sairaanhoitaja: Mmm.*

*Saima: Joo.*

*(Saima naurahtaa)*

*Sosiaalityöntekijä: Jos yhtään kiinnostaa. Mut sä kyllä liikut niin paljon, että en mä tiedä. Ettei mee ylikunnon puolelle, jos sä meet jumpparyhmään vielä. Mutta.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Saima: Joo. Nää on ihan hyvät joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin ku se on sulle tuttu reitti ja tuttu paikka.*

*Saima: On joo joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Että tuota. Sit meillä on semmosia päivätoimintaryhmiäki, et minne viedään autolla, mut sun on ihan hyvä liikkua itte.*

*Saima: Joo joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Että siitä toimintakyvystä on hyvä pitää kiinni.*

*Saima: Joo näin on.*

*Sosiaalityöntekijä: Ja jos tuntuu, että siellä on ryhmiä, mitkä kiinnostais, niin voi vaikka pyytää ihmisen sieltä esittelemään ja kertomaan, et mitä on. Et tässä on puhelinnumeroita sitte.*

*Juha: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Se on monesti helpompi alottaa se ryhmätoiminta, jos joku tulee vähän esittelemään.*

Sosiaalityöntekijä kertoo palvelukeskuksen ryhmätoiminnasta suoraan Saimalle, ja on ottanut myös esitteitä mukaan. Lisäksi sosiaalityöntekijä ehdottaa Saimalle, että pyytäisi työntekijää esittelemään paikkaa, jos toiminta kiinnostaa. Esimerkissä sosiaalityöntekijä kertoo ymmärrettävästi ryhmätoiminnasta kohdistuen puheen ja tiedonannon suoraan Saimalle. Saima myötäilee sosiaalityöntekijän puhetta, ja hänen toimintakykynsä huomioiden todennäköisesti ymmärtää kerrotun. Aineistossani nousi esiin tilanteita, joissa tiedonantoa ei kohdistettu näin selvästi suoraan asiakkaille. Tämä aineistoesimerkki herätti minut huomaamaan, että samoin kuin itsemääräämisoikeuden sekä osallisuuden toteutumisessa, myös tiedonsaannin kohdalla käsiteltävän asian laadulla on merkitystä. Aineisto-otteessa puhutaan vapaaehtoisuuteen perustuvasta ryhmätoiminnasta, joka ei ole välttämätön palvelu Saiman kotona selviytymisen kannalta, toisin kuin esimerkiksi lääkitys. Kun palvelun merkitys ei ole kovin suuri, myös tieto palvelusta voidaan



antaa helpommin suoraan asiakkaille. Tilanne voisi olla toinen, mikäli palvelun laatu olisi merkittävämpi. Siitä enemmän seuraavassa alaluvussa.

Muiden osallisten on varmistettava, että toimintakyvyiltään heikentyneillä vanhusasiakkailta on mahdollisuus saada tietoa ja olla tilanteiden tasalla. Seuraava ote on Helenan kotikäynnin alusta, jossa osalliset asettuivat istumaan olohuoneeseen ennen varsinaisten keskustelujen alkamista.

*Sairaanhoitaja: Ehkä mä tuun tänne vähän, että.*

*Sosiaalityöntekijä: Tuu sä. Mä aattelin, että Helena kuulee tämän keskustelun. Hänellä kuulo.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

Kun sairaanhoitaja on asettumassa istumaan, sosiaalityöntekijä yrittää ohjata häntä lähemmäs Helenaa. Sosiaalityöntekijä tuo esiin Helenan huonon kuulon, ja että ajatteli hänen kuulevan keskustelun, mikäli osalliset istuvat lähempänä Helenaa. Huono kuulo voi olla merkittävä tekijä siihen, etteivät vanhusasiakkaat pysty seuraamaan keskustelua. Siksi on tärkeää, että muut osalliset huomioivat tämän. Esimerkiksi tilaan sijoittumisella, äänenkäytöllä ja puheen kohdistamisella on vaikutusta.

Seuraava aineisto-ote Saiman kotikäynniltä on esimerkki onnistuneesta yhteenvedosta kotikäynnin loppu puolella.

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Okei. Oisko nyt tota. Oisko sulla nyt jotain kysyttävää tai vielä kielen päällä asioita?*

*Saima: Ei. En mä nyt ainakaan muista mitään erikoista.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Se oli sulla se tärkein se lääkkeet, et saa ne reseptit pyöriin*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Ne lääkkeet joo. Just. Joo*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Saiman päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Joo se oli sulla nyt tällä kertaa se tärkein asia ja sit se siivoushommeli*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Se on se kaikkein tärkein*

*(Sairaanhoitaja puhuu Saiman päälle)*

*Sairaanhoitaja: Niin. Ja tota*

*(Juha puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Juha: Lääkkeet, siivous ja sit, jos saadaan siihen ateriaan jotain. Mä otan selvää ja*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu Juhan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Jos te neuvottelette siitä sitte.*

Sosiaalityöntekijä tiedustelelee kotikäynnin lopussa, onko Saimalla vielä kysyttävää. Kun Saima vastaa kieltävästi, sosiaalityöntekijä kertoo tiivistäen sovituista asioista, jotka Saima vahvistaa. Myös Juha toistaa vielä kertaalleen sovitut asiat. Sosiaalityöntekijä tekee yhteenvedon selkeästi ja tiiviisti sovituista palveluista. Keskustelu jatkuu vielä hetken muista asioista, ja hetken päästä sosiaalityöntekijä tekee uuden yhteenvedon.

*Sosiaalityöntekijä: Et jos te sitte sovitte jonku tapaamisen sen jälkeen, ku ootte käyny neurologilla tai geriatrilla. Niin sitte sovitte vielä sairaanhoitajan kanssa tapaamisen, niin saatte sit sovittua lopullisesti sen lääkitysasian ja sit sen siivousasian.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Et ne on varmaan nyt tässä hetkessä ne olennaisimmat. Joo.*

*Sairaanhoitaja: Tulee lääkitys tarkistettua.*

*Sosiaalityöntekijä: Kyllä kyllä.*

*Juha: Ja tota nyt ku me käydään sielä neurologilla, niin tota sen jälkeen mennään mihinkä?*

*Sairaanhoitaja: Niin soitat minulle niin.*

*Juha: Joo soitto sulle sitte. Joo.*

Aiemmassa otteessa sosiaalityöntekijä kertasi Saimalle, mitä palveluita tulee käyttöön. Jälkimmäisessä puhe on osoitettu enemmän Juhalle. Siinä sosiaalityöntekijä kertoo vielä, mitä kotikäynnin jälkeen pitää tehdä ja sairaanhoitaja myötäilee sosiaalityöntekijän kertomaa. Juha vielä varmistaa, mitä lääkärikäynnin jälkeen piti tehdä, johon sairaanhoitaja vastaa, että hänelle pitää soittaa. Kahdesta aineisto-otteesta voi päätellä, että kun kerrotaan mitä on sovittu, puhe kohdistetaan Saimalle. Kun taas kerrataan miten toimitaan, puhutaan Juhalle. Mielestäni aineisto-otteet osoittavat, että asiakkaille annetaan tietoa, mutta viimeinen vastuu asioiden hoitumisesta jätetään omaisille.

Myös seuraava esimerkki on asiakkaille annettavasta yhteenvedosta. Ote on Kertun kotikäynnin lopusta, jolloin sosiaalityöntekijä kertoo sovitut asiat. Ensin hän tekee yksityiskohtaisen

yhteenvedon muille osallisille, jossa käy läpi asiat, joista on sovittu ja mitä kenenkin pitää tapaamisen jälkeen hoitaa. Lopuksi sosiaalityöntekijä vielä selittää Kertulle yksinkertaistetun version sovitusta.

*Sosiaalityöntekijä: Ei tässä. Vähän sovittiin silleen, että joskus hoitaja voi tulla auttaan teitä suihkussa, mutta muuten jatkatte kotona asumista ihan samalla lailla.*

*Kerttu: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. Ja mies hoitaa edelleen. Täällä jatkuu kotona kaikki samalla lailla.*

*Kerttu: Mmm*

*Sosiaalityöntekijä: Vaikka meitä täällä näin monta käviki, niin.*

Otteessa sosiaalityöntekijä kertoo Kertulle, mitä tapaamisella on sovittu, johon asiakas vastaa. Sosiaalityöntekijä korostaa vielä, että kotona asuminen jatkuu samalla tavalla kuin ennen ja mies hoitaa jatkossakin Kerttua. Lopun yhteenvedo tapaamisilla keskustelluista asioista on erityisen tärkeää muistisairaiden asiakkaiden kohdalla. He eivät välttämättä ymmärrä keskustelujen sisältöä tai edes tapaamisten tarkoitusta. Tästä syystä muistisairaiden vanhusten kohdalla myös kielenkäytön selkeyteen pitäisi kiinnittää erityistä huomiota. Tässä esimerkissä sosiaalityöntekijä kertoo sovitut asiat helpolla ja tiiviillä tavalla. Hän myös korostaa kaiken jatkuvan samalla tavalla, vaikka pariskunnan kotona kävikin paljon ihmisiä.

### 5.3.2 Epäonnistunut tiedonsaanti

Laskin epäonnistuneeksi tiedonsaanniksi aineistoni tilanteet, joissa tieto kohdistettiin muille osallisille tai tieto annettiin vanhuksille siten, etteivät he välttämättä sitä ymmärtäneet, eikä ymmärrystä varmistettu. Tiedonsaannin merkitys korostuu erityisesti päätöksenteossa. Jotta vanhukset voisivat tehdä päteviä päätöksiä, pitäisi heidän todella ymmärtää päätöksien merkitys ja olla tietoisia vaihtoehtoista. Epäonnistuneeksi tiedonsaanniksi luin myös yhteenvedot, joissa ei kerrottu sovitusta asioista selvästi tai kertausta ei kohdistettu asiakkaille. Aineistossani oli useita tilanteita, joissa tiedonsaanti epäonnistui. Erityisesti korostuivat tilanteet, joissa tieto kohdistettiin omaisille.

Edellisessä alaluvussa esittelin aineistoesimerkin onnistuneesta tiedonsaannista, jossa sosiaalityöntekijä kertoi suoraan Saimalle palvelukeskuksen ryhmätoiminnasta. Saiman kotikäynnillä kuitenkin näkyi enemmän tiedonantoja, joissa tieto osoitettiin lähinnä Juhalle. Näin tapahtui esimerkiksi, kun käsiteltiin lääkitys- ja lääkäriasioita ja niihin liittyviä jatkotoimenpiteitä. Näistä asioista keskusteltiin Juhan kanssa, ja myös ohjeistukset annettiin suoraan Juhalle. Saima jäi näiden keskustelujen ulkopuolelle. Aineistostani pystyi päättämään, että ammattilaiset selvittelevät ja sopivat virallisimmista asioista mieluummin omaisten kuin asiakkaiden kanssa. Sama ilmiö näkyi myös Kertun kotikäynnillä selvästi. Toimintatapa voi olla myös perusteltua, varsinkin muistisairaiden asiakkaiden kohdalla. Muistisairaiden vanhusten kohdalla voidaankin miettiä, kuinka tarkoituksenmukaista asioiden etenemisen kannalta on kertoa monimutkaisista asioista suoraan vanhuksille ja varmistella heidän ymmärrystään. Hukataanko silloin ainoastaan kaikkien aikaa, jos varmuudella tiedetään, etteivät muistisairaavat vanhukset tietoa pysty sisäistämään.

Seuraava aineisto-ote on Saiman kotikäynniltä, jossa Juha ja ammattilaiset ovat keskustelleet pitkän aikaa keskenään Saiman lääkityksestä ja lääkäripalveluista. Saiman rooli keskustelussa on ollut hyvin pieni. Nauhalta kuuluu, kuinka joku huokaisee pitkään kesken muiden osallisten puheen. Oletettavasti tämä oli Saima, koska heti huokaisun jälkeen sosiaalityöntekijä puhuu Saimalle.

*Sosiaalityöntekijä: No hyvä. Tää on kauheen monimutkaista Saima, mutta kyllä tää kuntoon saadaan. Älä oo huolissas.*

*(Sosiaalityöntekijä naurahtaa)*

*Saima: Aivan. Se olis yksinkertaisempaa, ku saa yksin hoitaa.*

*Sosiaalityöntekijä: No niin. Niinhän se on*

*(Saima puhuu sosiaalityöntekijän päälle)*

*Saima: Ja kaikki menis silti hyvin.*

*Sosiaalityöntekijä: Se on ihan totta. Se menee mutkikkaaksi, ko on monta ihmistä huseeraamassa.*

*Niin se on ihan totta.*

*Juha: Mmm.*

*Sosiaalityöntekijä: Mut se ois nyt siitä lääkitysasiasta.*

*Saima: Niin.*

*Sosiaalityöntekijä: Oisko mielen päällä jotain muuta?*

*Saima: Ei mulla nyt oo mitään. En ainakaan muista.*

Juuri ennen aineistolainasta oletettavasti Saima huokaisee pitkään muiden osallisten keskustellessa. Tulkintani mukaan huokaus oli jonkinlainen mielenilmaus. Sosiaalityöntekijä huomioi Saiman turhautumisen ja rauhoitteli häntä sanomalla, ettei olla huolissaan, sillä asiat saadaan kuntoon. Saima sanoo, että olisi ollut yksinkertaisempaa, jos hän olisi itse hoitanut asiat. Sosiaalityöntekijä myötäilee Saiman mielipidettä. Tämän jälkeen sosiaalityöntekijä päättää puheen lääkitysasiasta, mutta kysyy vielä, onko jollakin vielä kysyttävää. Saima vastaa kieltävästi. Vaikka sosiaalityöntekijä lopussa tiedusteli, onko jollakin kysyttävää, olisi Saiman kieltävästä vastauksesta huolimatta Saimalle voitu tiivistää edellä sovittuja asioita. Saima ei ollut keskusteluissa mukana, joten yhteenvedolla olisi voitu varmistaa, että Saima on seurannut keskustelua ja ymmärtänyt varmasti käsitellyt olevat asiat.

Alla olevassa aineisto-otteessa Helena on juuri palannut makuuhuoneesta takaisin olohuoneeseen. Sosiaalityöntekijä alkaa tehdä yhteenvetoa kysymällä muilta osallisilta sovituista asioista.

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Mmm. Mitäs me nyt sovitaan niin ku tästä jatkosta?*

*Sairaanhoitaja: No sitten, että me yritettä nyt saada niin kun näytteet häneltä ja sitten että*

*Sosiaalityöntekijä: Joo.*

*Helena: Joo.*

*Sairaanhoitaja: Nyt tutkitaan, jos hänellä on jotain. Ja sitten, jos on jotain. Sitten jos on, niin alkaa heti, kun saa vastaukset. Niin ku varmaan antibiotti tai mitä se lääkäri määrää ja sitten, että varmasti voi palata asiaan ens viikko. Sitten että onko kaikki ok ja voi vielä sitte sovita vastuusairaanhoitajan kanssa sitten*

*(Sosiaalityöntekijä puhuu sairaanhoitajan päälle)*

*Sosiaalityöntekijä: Niin jatkoista sitte.*

*Sairaanhoitaja: Joo.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. (Tauko.) Mmm.*

*Helena: Joo. (Tauko) Kyllä.*

*Sosiaalityöntekijä: Mmm. Jos me tavataan uudestaan sitte ja keskustellaan niistä raha-asioiden hoidosta.*

*Helena: Kyllä.*

*Sosiaalityöntekijä: Sopiiko teille?*

*Helena: Kyllä.*

*Sosiaalityöntekijä: Joo. (Naurahtaa). (Tauko.) Mmm. (Tauko.) Vai tuleeko teille jotain? (Huokaisee)*

*Tuula: Ei mitään.*

*Sosiaalityöntekijä: Muuta mieleen.*

*Tuula: Ei tässä. Ei mitään sen kummempaa. Mä oon vaan sitä, että. Ajateltu, että jos sen sais niinku.*

*Sosiaalityöntekijä: Niin sitte joo.*

*Tuula: Jollain tavalla hoitoon.*

Helenan palattua olohuoneeseen sosiaalityöntekijä kysyy muilta osallisilta sovituista asioista. Sairaanhoitaja sanoo, että virtsatieinfektioepäilystä otetaan selvää ja se hoidetaan tarvittaessa ja sitten vasta sovitaan jatkosta. Sosiaalityöntekijä sanoo, että tavataan uudestaan ja sovitaan silloin raha-asoiden järjestelyistä, johon Helena myöntyy. Sosiaalityöntekijä vielä varmistaa asian Helenalta uudelleen. Sosiaalityöntekijä kysyy vielä kaikilta, onko jotain mielessä. Tuula sanoo, että ei ole muuta, mutta on ajatellut että sen saisi jollain tavalla hoitoon, tarkoittaen ilmeisesti edunvalvontaa.

Toisaalta aineistoesimerkissä tiedonsaanti on onnistunutta, sillä sovittua kerrataan ja sosiaalityöntekijä osallistaa Helenaa kysymällä hänen näkemystään sovitusta. Helenan oltua poissa keskusteluista, sosiaalityöntekijä toimi hyvin ottamalla heti Helenan palatessa esiin asiat, joista on sovittu ja osalliset sopivat yhdessä jatkotoimenpiteistä. Luen silti esimerkin olevan epäonnistunutta tiedonsaantia, sillä mielestäni yhteenveto ei kuitenkaan ollut täysin riittävä huomioiden, että Helena oli osan tapaamisesta toisessa huoneessa. Jotta Helena olisi saanut kotikäynnin sisällöstä selkeän kuvan, olisi lopun yhteenveto voinut olla seikkaperäisempi ja selkeämpi. Siinä olisi voitu kertoa, miksi kyseinen tapaaminen oli järjestetty ja mistä asioista oli tarkoitus sopia. Esille olisi voinut tuoda selvästi sitä, miksi päätökset päätettiin siirtää myöhempään ajankohtaan ja mitä seuraavalla tapaamisella tapahtuu. Lisäksi Helenalle olisi voitu kertoa, mistä on keskusteltu hänen poissa ollessaan.

## 6 Johtopäätökset

Työni tarkoituksena oli etsiä vastausta siihen, miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotikäynneillä, joilla tehdään kotona asuville, toimintakyvyiltään heikentyneille vanhuksille palvelutarpeen arvio. Lähdin liikkeelle tarkastelemalla aihetta aiemman tutkimuksen kautta, jonka jälkeen etsin vastausta tutkimuskysymykseeni omasta aineistostani. Aiempien asiakaslähtöisyyttä käsitelleiden tutkimusten valossa asiakaslähtöisyys ei toteudu vanhusten parissa työskenneltäessä, vaan ammattilaiset, omaiset ja organisaatio määrittelevät vanhusasiakkaiden tilanteet ja tarpeet. Tämä oli myös oma ennako-oletukseni.

Mielestäni työni suurin voima on ollut erittäin mielenkiintoinen ja rikas aineisto. Mikäli aineistoni vanhusasiakkaat olisivat olleet toimintakyvyiltään enemmän samanlaisia, olisin voinut antaa yleistettävämpää tietoa siitä, miten tietynlaisissa tilanteissa toimitaan tietynlaisten asiakkaiden kanssa. Vaikka aineistossani asiakastapauksia on vain kolme, mielestäni työni avaa laajasti kolmen toimintakyvyiltään erilaisen vanhuksen tilannetta. Tällä tavoin olen mielestäni pystynyt tarjoamaan lukijalle pienen näytteen siitä, miten erilaisissa tilanteissa on toimitettu. Pienen aineiston vuoksi tulokset eivät ole yleistettäviä, mutta sitäkin antoisampia. Olisi ollut myös mielenkiintoista tutkia, millaisiksi palvelutarpeen arviot olisivat muodostuneet yksinäisten vanhusten kohdalla. Omaisten läsnäolo vaikuttaa valta-asemien muodostumiseen, joten olisi ollut kiinnostavaa nähdä, miten toimitaan ilman omaisia ja millaiseksi tapaamisten asiakaslähtöisyys olisi silloin muodostunut. Mielestäni tutkimusasetelmani on niin mielenkiintoinen, että aiheen tarkastelua olisi tarpeellista jatkaa laajemmalla ja kattavammalla aineistolla.

Lähdin liikkeelle tarkastelemalla itsemääräämisoikeuden ilmenemistä aineistossani. Aineistotteiden määrästä ja alalukujen pituuksien painotuksista voisi jo tehdä jonkinlaisia johtopäätöksiä. Itsemääräämisoikeuden ulottuvuudessa näennäisen vallan rooli korostuu. Vahvaa valtaa on vähän, samoin suoranaista vallattomuutta. Tästä voi päätellä, että asiakkaiden mielipiteitä kysytään, mutta varsinaisesti itsemääräämisoikeus ei toteudu. Viime kädessä vanhusasiakkaat eivät saa päättää, vaan muut osalliset tekevät lopulliset päätökset.

Vahvaa valtaa esiintyi päätöksentekotilanteissa, joissa päätösten vaikutus vanhusten kotona selviytymiseen oli suhteellisen pientä. Selvänä esimerkkinä tästä oli erilaisiin vapaaehtoihin ryhmätoimintoihin osallistuminen. Niistä päättäminen jätettiin vanhusasiakkaille. Vanhuksille

annettiin myös vahvaa valtaa silloin, kun heidän näkemyksensä olivat yhteneväisiä muiden osallisten kanssa. Tilanteita, joissa vahvaa valtaa olisi ilmennyt, oli aineistossani vähän. Ainoastaan Kerttu oli muistisairauden vaikeassa vaiheessa, jolloin on perusteltua, ettei silloin kykene tekemään merkittäviä päätöksiä. Kertun kotikäynnillä ei ollut viitteitä vahvasta vallasta ollenkaan. Hälytyttävintä oli vahvan vallan vähyys Saiman ja Helenan kotikäynneillä. Heidän toimintakykynsä oli vielä suhteellisen hyvää, jolloin itsemäärääminen olisi ollut mahdollista, mutta myös asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta välttämätöntä. Vahvan vallan vähyyttä voisi selittää teoriaosuudessaakin esille tulleella seikalla siitä, että moniammatillinen työskentely vähentää asiakkaiden autonomisuutta. Myös omaisten läsnäolo voi aiheuttaa sen, että asiakkaat jäävät päätöksenteon ulkopuolelle ja omaiset käyttävät asiakkaiden valtaa. Vahvan vallan tilanteissa piili myös vallan näennäisyys. Vanhukset saavat päättää tietyistä asioista, mutta muut osalliset, erityisesti ammattilaiset, määrittelevät, mitä ne asiat ovat. Järnström on käyttänyt tästä nimitystä hierarkkinen valta.

Näennäinen valta oli silmiinpistävän korostunutta aineistossani. Näennäistä valtaa esiintyi tilanteissa, joissa muut osalliset olivat jo selkeästi tehneet päätökset, mutta lopussa kysyttiin vielä vanhusasiakkaiden vahvistus. Näennäisen vallan tilanteille oli ominaista, että muiden osallisten puheissa annettiin kuva, että vanhuksilla on valta päättää. Kuitenkin kysymykset aseteltiin johdattelevasti, eikä vanhuksille esitelty muita vaihtoehtoja tai annettu edes tarpeeksi tietoa päätökseen liittyvistä asioista. Erityisesti Saiman kotikäynnin aikana asiakaslähtöisyyden näennäisyys korostui. Mielestäni tähän vaikutti Saiman hyvä toimintakyky. Saima oli vielä jokseenkin kompetentti osallistumaan päätöksentekoon ja keskusteluihin, joten hänet otettiin niihin aktiivisesti mukaan. Muilla osallisilla oli kuitenkin omat näkemyksensä ongelmien ratkaisemiseksi ja he, todennäköisesti huomaamattaan, lopulta ohittivat Saiman toiveet. Saima oli aktiivisesti mukana, mutta valta oli näennäistä, eikä hän lopulta päässyt vaikuttamaan suuresti asioidensa kulkuun. Kuten Saiman tapaus osoittaa, näennäisen vallan ilmiö voi jäädä helposti näkymättömäksi. Näennäisen vallan yleisyyttä voisi selittää myös omalla läsnäolollani. Osalliset tiesivät tutkimukseni aiheen, joten se saattoi osaltaan kannustaa omaisia ja ammattilaisia huomioimaan asiakkaiden näkemyksiä tavallista enemmän. Päätösten lopputuloksiin se ei arvioni mukaan kuitenkaan lopulta vaikuttanut. Helenan kotikäynnillä näennäistä valtaa esiintyi tilanteessa, jossa päätöstä edunvalvonnasta päätettiin siirtää myöhemmäksi virtsatieinfektioepäilyn vuoksi. Tässä toteutui Järnströmin suositus siitä, että mikäli vanhusten toimintakyky on heikentynyt väliaikaisesti, pitäisi päätöksentekoa siirtää myöhemmäksi. Tällä tavoin varmistettiin, ettei tehty päätöstä, jota Helena ei



olisi ymmärtänyt, mutta arvioni mukaan valta oli näennäistä. Helenalla ei ollut muita todellisia vaihtoehtoja kuin suostua edunvalvontaan.

Aiemman teorian ja aineistoni valossa toimintakyvyn heikkeneminen, erityisesti muistisairaudet, vievät vanhusten valtaa. Muistisairaudet eivät saa automaattisesti tehdä vanhuksista vallattomia, vaan muistisairauden taso ja ymmärryskyky määrittelevät vallan asteen ja tilanteet, joissa vanhuksilla on valtaa. Vaatiikin omaisilta ja ammattilaisilta herkkyyttä tunnistaa tilanteet, joissa vanhukset voisivat vielä olla mukana päättämässä, jottei valtaa vietäisi perusteetta. Suoranaista vallattomuutta esiintyi aineistossani vähän. Selkeimmin se nousi esiin Kertun tapauksessa hänen muistisairauden ollessa vaikealla tasolla. Kertun ymmärryskyky ei olisi todennäköisesti mahdollistanut hänen osallisuuttaan päätöksenteossa. Myös Saiman kotikäynnillä oli tilanne, jossa Saiman näkemyksen ohittaminen voidaan nähdä oikeana ratkaisuna. Käsiteltäessä Saiman siivoustarvetta Saiman arvio tarpeesta ei välttämättä ollut pätevä, sillä asunnon kunnosta pystyi pääättelemään Juhan kannan paikkansapitävyyden. Mikäli vanhusten mielipiteet ohitetaan, toiminnan pitäisi olla tarkkaan harkittua ja perusteltua. Lisäksi vanhusten toimintakykyä pitää arvioida. Ei voida automaattisesti ajatella vanhusten tietojen ja toiveiden olevan vähemmän päteviä tai oikeita kuin ammattilaisten ja omaisten. Kaikissa aineistoni tapauksissa näkyi jollain tavalla, että riippuvuus muiden ihmisten avusta lisää vallattomuutta. Omaisten avusta oltiin eniten riippuvaisia, joten aineistoni vanhusten valta oli siirtynyt omaisille. Toisilla enemmän kuin toisilla. Esimerkiksi Hannu käytti täysin Kertun valtaa, kun taas Juha teki vain joissakin asioissa päätökset Saiman puolesta. Kaikissa aineistoni tilanteissa vanhusten vallattomuus ei ollut täysin perusteltua, mutta ammattilaiset harvoin kyseenalaistivat omaisten valtaa suhteessa vanhusten asioihin.

Osallisuutta tarkastellessani huomasin, että keskustelujen aiheet ja vanhusten toimintakyky määrittivät vahvasti vanhusten osallisuuden määrän ja tason. Myös muiden osallisten toiminnalla on iso merkitys. Samaa tuotiin esiin myös teoriaosuudessa. Osallisuuden taso vaihtelee riippuen kompetenssista. Aineistoni vanhusasiakkaista Kertun muistisairauden taso oli sellainen, ettei hän enää pystynyt toimimaan aktiivisena osallisena. Hän toimi vastaajana tai syrjäytettynä. Saiman ja Helenan osallisuus vaihteli kaikkien kolmen osallisuuden tason välillä, aiheesta riippuen. Oman arvioni mukaan Helena ja Saima olisivat voineet toimintakykynsä puolesta olla enemmänkin osallisina, mutteivät kaikissa tilanteissa saaneet siihen mahdollisuutta omaisten tai ammattilaisten toimesta.

Jotta vanhus voisi toimia aktiivisena osallisena, vaatii se hyvää toimintakykyä. Myös muiden osallisten toiminnalla on merkitystä siihen, annetaanko vanhuksille tilaa keskusteluissa. Moniammatillisuus ja omaisten läsnäolo voi heikentää vanhusten osallisuutta, erityisesti jos muut osalliset ottavat vahvat roolit keskusteluissa. Muilla osallisilla on velvollisuus arvioida vanhusasiakkaiden kykyä osallistua ja antaa heille mahdollisuus osallisuuteen kykyjensä rajoissa. Mikäli vanhuksilla on vahva toimintakyky, he voivat itsekkin ottaa aktiivisesti osaa. Näin tapahtui aineistossani Saiman ja Helenan kohdalla useampaan kertaan. He tekivät itselleen tilaa tilanteissa, joissa heidät oli jätetty keskusteluista syrjään.

Aineistossani nousi esiin, että myös vaikeasti muistisairaavat vanhukset voivat toimia keskusteluissa vastaajina. Tämä ilmeni Kertun tapauksessa, jonka muistisairaus oli jo pitkälle edennyt, mutta silti hän pystyi yllättävän hyvin seuraamaan keskustelua ja vastaamaan arkisiin, helposti aseteltuihin kysymyksiin. Tämä mielestäni osoittaa hyvin sitä, että harvoin on perusteltua jättää vanhuksia kokonaan ulos keskusteluista. Myös aiemmissa tutkimuksissa ohjattiin kysymään aina myös muistisairailta vanhuksilta mielipidettä, vaikei vastausta saataisikaan. Erityisesti osallisuus arkisiin asioihin on tärkeää. Aineistostani ilmeni myös se, että joskus toimintakykyiset vanhukset voidaan asettaa vastaajan rooliin, vaikka kyvyt riittäisivät toimimaan osallisena. Näin tapahtui ajoittain Saiman ja Helenan kohdalla. Tässäkin vastuu on muilla osallisilla. Jotta vanhus pystyisi siirtymään vastaajan roolista osalliseksi, pitäisi kysymysten asettelua harkita tarkoin, jottei osallistaminen olisi vain ohimennen kysyttyjä kysymyksiä, joihin ei edes odoteta kattavia vastauksia.

Myös vanhusten syrjäyttämistä esiintyi aineistossani. Erityisesti sitä ilmeni Kertun kohdalla, mutta myös Saiman ja Helenan kotikäynneillä. Jotta vanhukset eivät jäisi syrjään keskusteluista, joissa käsitellään heidän elämää, muiden osallisten pitäisi arvioida omaan toimintaansa. Tässäkin moniammatillisella työskentelyllä ja omaisilla voi olla vaikutusta. Kun tapaamisilla on paljon osallisia, vilkasta keskustelua ja päällekkäistä puhetta, voivat vanhusasiakkaat jäädä syrjään. Vanhukset voivat unohtua huomaamatta keskusteluista tai automaattisesti ajatellaan muilla olevan pätevämpää tietoa vanhusten tilanteista ja niiden ratkaisemisesta. Syrjäyttämistä ilmeni erityisesti sovittaessa virallisista asioista. Arkisia asioita käsiteltäessä vanhusten osallisuus oli suurempaa. Aineistossani oli useammissa kohdissa viitteitä siitä, että ammattilaiset myös sopivat käytännönjärjestelyistä mieluummin omaisten kuin asiakkaiden kanssa. Tämä ei ollut aina varsinaista syrjäyttämistä, mutta perusteltua se ei kuitenkaan kaikissa tilanteissa ollut. Aineistossa ilmeni myös piirteitä siitä, että ammattilaisten ja omaisten oli hankala ottaa ongelmakohtia puheeksi

vanhusten kuullen. Vaikeista asioista haluttiin puhua ennen tapaamisia tai vanhusten poissa ollessa. Omiin kokemuksiini perustuen tällainen käytäntö on melko yleistä sosiaali- ja terveydenhuollossa, joten keskusteluja voidaan käydä esimerkiksi puhelimesta ennen tai jälkeen tapaamisten. Tämä herättääkin kysymyksen siitä, miksi asiakkaat halutaan jättää ulkopuolelle keskusteltaessa ongelmakohdista. Halutaanko sillä ehkä suojella asiakkaiden kasvoja välttämällä vaikeita aiheita tapaamisissa, joissa on paljon osallisia? Mutta näin toimimalla samalla syrjäytetään asiakkaat keskusteluista, joissa käsitellään heidän elämäänsä.

Palvelutarpeen arvioita tehtäessä käsitellään asiakkaiden elämäntilanteita kokonaisvaltaisesti ja esiin tulevia asioita on paljon. Teoriaosuuden mukaan tiedonsaannin merkitys on suuri, jotta vanhusasiakkaat voisivat toimia osallisina ja itsemääräävinä. Aineistoni perusteella sosiaalityöntekijät olivat yleensä ne, jotka tiedottivat osallisia, tekivät yhteenvetoja ja kyselivät, oliko kenelläkään kysyttävää. Tätä käsitystä tukevat myös aiemmat tutkimukset. Tarkasteltaessa tiedonsaannin toteutumista aineistosta nousi esiin, että vanhukset saivat tietoa sovituista asioista, mutta tieto ei ollut aina riittävää tai heidän ymmärrystään ei varmistettu. Heille ei myöskään esitetty muita vaihtoehtoja tai esitelty päätöksien hyviä ja huonoja puolia.

Aineistoni perusteella onnistuneessa tiedonsaannissa sovituista asioista kerrotaan selkeästi asiakkaiden ymmärryskyky huomioden. Mikäli annetaan esimerkiksi tietoa palveluista, myös kirjallinen tiedote voi edistää asian hahmottamista. Näin toimittiin esimerkiksi Saiman kotikäynnille esiteltäessä hänelle palvelukeskuksen ryhmätoimintaa. Jotta tiedonsaanti on mahdollista, pitää huomioida vanhusten fyysiset vajavuudet kuten huonontunut kuulo. Keskusteluissa täytyy huomioida, etteivät ne ole vanhusten ymmärryksen esteenä. Aineistoni kotikäynneillä osallisia oli paljon ja keskustelut vilkkaita. Siksi onkin tärkeää, että tämänkaltaisilla tapaamisilla tehdään yhteenvetoja läpikäydyistä ja sovituista asioista. Myös yhteenvedot täytyy tehdä asiakkaiden toimintakyvyn mukaisesti, jotta ymmärrys mahdollistuu. Yhteenvedojen merkitys korostuu muistisairaiden vanhusten kohdalla, sillä puhetulvan ja isojen kokonaisuuksien omaksuminen voi olla hankalaa.

Aineistossani oli tilanteita, joissa asiakkaat eivät ottaneet millään tavalla kantaa keskusteluihin ja kuuntelivat ainoastaan tai Helenan tapauksessa, Helena jopa poistui välillä tilasta. Tällaisissa tilanteissa asiakkaiden tiedottaminen ja yhteenvedot ovat erityisen tärkeitä. Jos vanhus ei ole ottanut osaa keskusteluun, hänen ymmärryksestään ei voi olla selvyyttä. Aineistossani nousi selkeästi esiin,

että mitä virallisimmista asioista oli kyse, sitä todennäköisemmin tieto kohdistettiin omaisille. Viimeinen vastuu asioiden ymmärtämisestä ja sitä kautta sovittujen asioiden hoitumisesta jäi omaisille.

Alkuun tutustuessani aineistooni vaikutti, että aineistoni vanhusasiakkaiden kohdalla asiakaslähtöisyys toteutui jokseenkin hyvin. Syvennyttyäni aineistoon tarkemmin, aloin huomata asiakaslähtöisyyden näennäisyyden. Työni tulokset voisin kiteyttää lyhykäisyydessään siten, että vanhuksilla on valtaa, mutta muut päättävät missä asioissa ja kuinka paljon. Heillä on myös mahdollisuuksia osallistua, mutta muut määrittelevät, missä tilanteissa ja millä tasolla. Vanhukset saavat myös tietoa, mutta tiedonsaanti ei ole välttämättä riittävää, eikä ymmärrystä varmisteta. Tiivistetysti työni tulokseksi voisi sanoa, että asiakaslähtöisyys toteutuu useimmissa tilanteissa, mutta se on lähinnä näennäistä. Ammattilaisilla ja omaisilla on niin määrittely- kuin toimeenpanovaltakkin käsissään.

Näkisin, että asiakaslähtöisyyden näennäisyyden esille tuleminen olikin työni suurin anti. Vaikka asiakaslähtöisyyden näennäisyyttä esiintyi paljon aineistossani, kiinnitin itsekin huomiota tähän ilmiöön vasta luettuani aineiston läpi useampaan kertaan. Todennäköisesti en olisi sitä edes huomannut, mikäli en olisi keskusteluja nauhoittanut. Melkeinpä varmuudella voisin sanoa, että haastattelututkimuksessa ilmiö ei olisi noussut esiin. Uskon, että tämä mielenkiintoinen ilmiö oli mahdollista löytää ainoastaan aitoja vuorovaikutustilanteita tutkimalla. Mielestäni näennäistä asiakaslähtöisyyttä esiintyy paljon, koska ilmiö piiloutuu totuttujen työskentelytapojen taakse. Uskon, että yleensä ammattilaisilla ja omaisilla on halu ottaa vanhukset mukaan keskusteluihin ja päätöksentekoon ja he haluavat aidosti toimia asiakaslähtöisesti. Kuitenkin käytännössä, huomaamatta, toimitaan päinvastoin. Vaikka vanhukset olisivatkin osallisina määrittelemässä ongelmia ja ratkaisuja niihin, helposti tullaan toimineeksi sitä ajatusta vasten, että ammattilaisilla ja omaisilla on pätevämpää tietoa vanhusten tilanteista ja parempia ratkaisuja heidän ongelmiinsa. Omien toimintatapojensa ulossulkevuutta on vaikea huomata, ellei niitä tiedosta ja käytännössä tarkkaile omaa toimintaansa.

Tiedostan, että analyysini voi tulkita olevan ajoittain hyvin negatiivinen ja arvosteleva. Työtäni lukiessa täytyy kuitenkin ymmärtää, että toimintakyvyiltään heikentyneiden vanhusten parissa työskentely voi harvoin olla täysin asiakaslähtöistä. Joskus liian pitkälle viety asiakaslähtöisyys voi olla jopa vanhusten etujen vastaista, mikäli he eivät itse hahmota täysin tilanteitaan ja

avuntarpeitaan. Tällöin vaarana voi olla, että vanhus jätetään heitteille. Asiakaslähtöisyys ei myöskään ole selvärajaista, vaan toiminnassa on huomioitava vanhusten toimintakyky sekä elämäntilanteet ja toimia niiden mukaisesti. Aina asiakaslähtöisyys ei ole edes tarkoituksenmukaista. Mikäli vanhusten ymmärrys tai kyvyt eivät riitä toimimaan kompetentteina osallisina keskusteluissa tai päätöksenteossa, voi olla vain ajanhukkaa, että pakolla yritetään toimia asiakaslähtöisyyden ideaalin mukaisesti. Tämä ei ole aina edes mahdollista huomioiden käytössä olevat resurssit, kuten ammattilaisten rajallinen työaika. Kuntien resurssit asettavat selkeimmät raamit vanhusten palveluiden suunnitteluun, joten niidenkään puolesta asiakaslähtöisyys ei voi aina toteutua. Samaa toi esille Ala-Nikkola tutkimuksessaan. Vaikka asiakaslähtöisyyden täydellinen toteutuminen ei olisikaan mahdollista, mielestäni olennaisinta on kuitenkin se, ettei vanhuksia suljettaisi täysin keskustelujen ulkopuolelle.

Aloitin työni Berlinin (1958) sanoin ja nyt päätän sen pohtimalla hänen kirjoitustaan suhteessa työni aiheeseen. Kirjoituksessa minua kiehtoo, että siinä puhutaan vanhusten äänellä. Arjessa, niin omaisten, ammattilaisten kuin valtaapitävinekin, olisi syytä välillä pysähtyä miettimään, että työn kohteena ovat oikeat, tuntevat ja kokevat ihmiset. Valtaapitävien laatiessa erilaisia toimintasuunnitelmia, ohjeita ja lakeja sekä ammattilaisten tehdessä työtään, olisi tärkeää muistaa toiminnan kohteiden olevan ihmisiä, ei vain asiakkaita. Sama koskee omaisten antamaa apua arjessa. Toiminnan kohteena ovat näiden ihmisten elämät, ja muiden poistuessa näyttämöltä, ihminen jatkaa eloaan olosuhteissa, joihin ammattilaiset, omaiset ja organisaatio ovat vaikuttaneet päätöksenteoillaan ja toiminnallaan. Siksi muut osalliset eivät voi automaattisesti ajatella tietävänsä parhaiten, mikä on vanhuksille hyväksi. Koska asiakkailla on ensikäden tietoa tilanteistaan, pitäisi heillä olla myös valtaa osallistua heidän elämästään käytäviin keskusteluihin ja päätöksentekoon. Vanhuksilla on päärooli omissa elämässään, joten ei voida ajatella, että he seuraavat vain sivusta, kun elämään vaikuttavia päätöksiä tehdään.

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen on haastavaa, kun kyseessä ovat huonokuntoiset ja muiden avusta riippuvaiset vanhukset. Ihmiset tarvitsevat kaikissa elämänvaiheissa toisiaan, mutta vanhenemisen ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä riippuvuus muista ihmisistä korostuu. Vanhukset tiedostavat itsenäisyytensä asteittaisen menettämisen ja heidän omanarvotuntonsa säilyttämisen vuoksi on tärkeää tukea vanhusten osallisuutta kaikessa toiminnassa, mihin he kykenevät osallistumaan. Näenkin tutkielmani aiheen tärkeänä, sillä kaikkien, jotka ovat vanhusten kanssa kanssakäymisissä, pitäisi miettiä aktiivisemmin vanhusten oikeutta saada oma äänensä

kuuluviin sekä vahvistaa sitä. Toimintakyvyiltään heikentyneet vanhukset voivat jäädä liian helposti toiminnan kohteeksi, jos he eivät osaa tai jaksaa vaatia omia oikeuksiaan. He voivat olla neuvottelutilanteissa heikoilla ja siksi on tärkeää, että ammattilaiset ja omaiset tiedostavat vanhusten haavoittuvuuden ja kiinnittävät erityistä huomiota omiin toimintatapoihinsa. Työni tarkoituksena ei ole syyllistää vanhusten omaisia tai heidän parissaan työskenteleviä ammattilaisia. Työlläni haluan tuoda näkyväksi sitä, mikä jää kaikessa kiireessä helposti huomaamatta. Kun tehdään työtä kiireessä ja rutiinilla, voi unohtua, että työn pelinappuloina ovat oikeat ihmiset ja heidän elämänsä.

## Lähteet

Ala-Nikkola, Merja (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 972.

Alasuutari, Pertti (2001) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Anttonen, Anneli (2009) Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anneli Anttonen, Valokivi Heli & Minna Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 54–98.

Banks, Sarah (2006) Ethics and values in social work. Third editon. Basingstoke: Palgrave.

Berlin, Isaiah (1958) Four Essays on Liberty. Oxford University Press: Oxford

Boisaubin, Eugene V. & Chu, Adeline & Catalano, Janine M. (2007) Perceptions of long-term care, autonomy, and dignity, by resident, family and care-givers: The Houston experience. Journal of medicine and philosophy 32 (2007), 447–464.

Collopy B. (1988) Autonomy in long term care: some crucial distinctions. Gerontologist 28 (1988), 10–17.

Drew, Paul & Heritage, John (1992) Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Paul Drew & John Heritage (toim.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge University Press, Cambridge, 3–65.

Elliot, Barbara A. & Gessert, Charles E. & Pede-McAlpine, Cynthia (2009) Family decision-making in advanced dementia: narrative and ethics. Scandinavian journal of caring sciences 23 (2009), 251–258.

Eloniemi-Sulkava, Ulla (2002) Dementoituneen ihmisen kohtaaminen. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava, U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 49, 26–30.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finlay, Linda & Ballinger, Claire (2008) The challenge of working in teams. Teoksessa Sandy Fraser & Sarah Matthews (toim.) The critical practitioner in social work and health care. London: Sage Publications, 147–168.

Gilhooly, Mary (2002) Ethical issues in researching later life. Teoksessa Anne Jamieson & Christina R. Victor (2002) Researching ageing and later life. Buckingham: Open university press, 211–225.

Green, Lorraine (2010) Understanding the life course. Sociological and psychological perspectives. Cambridge: Polity Press.

Hall, Christopher, Slembrouck, Stef & Sarangi, Srikant (2006) Language practices in social work. Categorisation and accountability in child welfare. London: Routledge.

Heikkinen, Riitta-Liisa (1997) Iäkkäiden autonomia. Gerontologia 11 (1997), 2, 159–164.

Heimonen, Sirkkaliisa (2010) Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 60–89.

Heinola, Merja (2007) Johdanto – Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 70, 9–11.

Helsingin kaupunki: <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyyvien-palvelut/sosiaalitoimisto/> Viitattu 18.2.2015.

Helsingin kaupunki: <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyyvien-palvelut/kotihoito/> Viitattu 18.2.2015.



Heritage, John (1996) Harlod Garnfinkel ja etnometodologia. Jyväskylä: Gummerrus.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2006) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Howe, Judith L., Hyer, Kathryn, Mellor, Joanna, Lindeman, David & Luptak, Marilyn (2001) Educational approaches for preparing social work students for interdisciplinary teamwork on geriatric health care teams. *Social Work in Health Care* 32 (2001), 4, 19–42.

Hwanga, Huei-Lih & Linb, Huey-Shyan & Tungc, Ya-Ling & Wud, Hui-Ching (2006) Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 43 (2006), 429–437.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:3.

International Federation of Social Workers (2012) Statement of Ethical Principles.  
<http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>. Luettu 10.10.2012.

Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Jokinen, Arja (1999) Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 37–53.

Jokinen, Arja, Suoninen, Eero & Wahlström, Jari (2000) Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim) Auttamistyö keskusteluina. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 15–33.

Juhila, Kirsi (2004) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. *Janus* 12 (2004): 2, 155–183.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Jyrkämä, Jyrki (2003) Ikääntyvä yhteiskunta ja vanhojen elinolot. Teoksessa Marjatta Marin & Sinikka Hakonen (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–21.

Jyrkämä, Jyrki (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet - aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Marjaana Seppänen & Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–217.

Järnström, Sanna (2011a) Asiakaslähtöisyys geriatrisen osaston lääkärinkierrolla. Janus 19 (2011): 3, 238–250.

Järnström, Sanna (2011b) "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 1635.

Jääskeläinen, Antti (2004a) Pakotteet ja vanhuksen itsemääräämisoikeus. Teoksessa Harri Kankare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 145–155.

Jääskeläinen, Antti (2004b) Vaiennettu ääni. Teoksessa Harri Kankare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 82–93.

Kananoja, Aulikki, Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008) Kunnallinen sosiaalipolitiikka: osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Karvinen, Elina (2010) Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (2010) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 126–155.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2007) Muuttuva ja toiminnassa rakentuva asiantuntijuus. Teoksessa Synnöve Karvinen-Niinikoski, Ulla-Maija Rantalaiho & Jari Salonen (toim.) Työnohjaus sosiaalityössä. Helsinki: Edita, 77–91.

Kinni, Riitta-Liisa (2014) Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio Päivi (2007) Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa Tuija Martelin & Noora Kuosmanen (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Helsinki: Kela, julkaisuja 24, 15–25.

Koskinen, Simo & Aalto, Leena & Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva (1998) Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus.

Koskinen, Simo (2008) Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 436–448.

Kröger, Teppo, Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana (2007) Sosiaalityö vanhuuden edessä. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–15.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812.

Lammi, Kati (2007) Tiedosta oikeudelliset asiat ja ota niistä vastuu. Teoksessa: Ulla Vuori & Sirkkaliisa Heimonen (toim.) Tue muistisairaansa ihmisen kotona asumista. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 85–93.

Laukkanen, Pia (2008) Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selvityksen arviointiin. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 261–272.

Launis, Veikko (2010) Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 47 (2010), 136–139.

Lehtonen, Anja (1998) Läheisyyttä asiakastyöhön..Asiakastyöjaoston loppuraportti. Helsinki: Stakes, selvityksiä 10.

Lindén, Mirja (1999) Terveystenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Raportteja 234. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Mellor, Joanna & Lindeman, David (1999) The role of the social worker in interdisciplinary geriatric teams. Journal of Gerontological social work 30 (1999), 3–4, 3–7.

Metteri, Anna (1993) Terveystenhuollon moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityöntekijäin liitto ry. Helsinki: Painatuskeskus, 88–102.

Metteri, Anna (1996) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita, 9–14.

Metteri, Anna & Hotari Kaisa-Elina (2011) Eettinen kuormittuminen ja toimintaympäristö nuorten palveluissa. Teoksessa Pehkonen, Aini ja Väänänen-Fomin, Marja (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-kustannus, Jyväskylä. 67–93.

Menne, Heather L. & Whitlatch, Carol J. (2009) Don't forget about me. Decision making by people with dementia. Journal of the American society on aging, 33 (2009), 1, 66–73.

Mäki, Outi & Topo, Päivi & Rauhala, Marjo & Jylhä, Marja (2000) Tekonologia dementiahoidossa. Eettinen näkökulma päätöksentekoon. Helsinki: Stakes, oppaita 37.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2006) Dementian vaikutuksesta oikeudelliseen toimintakykyyn. Teoksessa Päivi Topo (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Helsinki: Stakes, 20–23.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2010) Vanhuuden haavoittuvuus ja lainsäädäntö. Teoksessa Anneli Sarvimäki & Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 182–192.

Mönkkönen, Kaarina (2007) Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Netting, F.E. & Williams, F.G. (2000) Expanding the boundaries of primary care for elderly people. *Health & Social Work* 25 (4), 233–242.

Nikander, Pirjo (2003) Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40, 279–290.

Notko, Tiina (2007) Asiakaslähtöisyys iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–252.

Oshana, Marina (2003) How much should we value autonomy? Teoksessa Ellen Frankel Paul & Fred D. Miller Jr. & Jeffrey Paul (toim.) *Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 99–126.

Pahlman, Irma (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Pahlman, Irma (2007) Geroetiikka - Iäkkään potilaan itsemääräämisoikeus. *Gerontologia* 21 (2007): 3, 270–272.

Payne, Malcolm (2000) *Teamwork in multiprofessional care*. London: Macmillan press.

Payne, Malcolm (2006) *What is professional social work?* Bristol: Policy press.

Pehkonen, Aini (2009) Moniammatillisuus sosiaalityön toimintaympäristössä. *Janus* 17 (2), 101–103.

Pietilä, Ilkka (2010) Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212–241.

Puusa, Anu (2011) Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimustavan valintaan. Helsinki: Johtamistaidon opisto, 114–125.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli (2011) Mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimustavan valintaan. Helsinki: Johtamistaidon opisto, 47–57.

Päivärinta, Eeva & Haverinen, Riitta (2002) Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Stakes, oppaita 52.

Raevaara, Liisa, Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001) Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Markku Haakana & Liisa Raevaara (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Rauhala-Heyes, Marjo (1998) Etiikka ja hoito. Teoksessa Erkki Kemppainen & Mikko Mäntysaari (toim.) Aristoteles, Rawls ja sosiaalipolitiikka. Keskustelua hyvinvointivaltion peruskysymyksistä eurooppalaisten ajatteluperinteiden valossa. Helsinki: Stakes, raportteja 223, 61–73.

Reinardy, James R. (1999) Autonomy, choice and decision making. How nursing home social workers view their role. Social work in health care 29 (1999), 3, 59–77.

Ronkainen, Raili, Ahonen, Sari, Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena (2002) Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava, U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 49, 100–105.

Ruusuvuori, Johanna (2001) Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskustelunanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen & Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Tampere: Vastapaino, 383–405.

Sarvimäki, Anneli (2006) Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Päivi Topo (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Helsinki: Stakes, työpapereita 21, 10–13.

Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa (2010) Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palveluiden nykytila. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 14–32.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina (2010) Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (2010) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 33–58.

Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Aromaa, Arpo (2008) Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 51–63.

Sointu, Liina (2009) Koti hoivan tilana. Teoksessa Anneli Anttonen, Valokivi Heli & Minna Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 176–199.

Talentia (2005) Sosiaalialan ammattieettiset ohjeet.

[http://www.talentia.fi/files/558/1649\\_Etiikkaopas2005\\_1\\_.pdf](http://www.talentia.fi/files/558/1649_Etiikkaopas2005_1_.pdf) (luettu 10.10.2012.)

Tanaka, Makoto (2003) Multidisciplinary team approach for elderly patients. *Geriatrics and gerontology international* 3 (2003), 69–72.

Tedre, Silva (1999) Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2007:8.

Topo, Päivi (2006) Dementiaoireisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tutkimus ja tutkijan ammattitaito. Teoksessa Päivi Topo (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Helsinki: Stakes, työpapereita 21, 24–29.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2004) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä, Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä, Tammi.

Tuominen, Sanna (2006) "Ei täällä paljon kuunnella ihmistä". Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi (2002) Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava, U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 49, 77–83.

Valokivi, Heli (2013) Muistisairautta sairastava kansalainen vanhuspalveluissa. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (2013) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 146–164.

Vanhuspolitiikka (1999) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, esitteitä 4.

Virtanen, Petri, Suoheimo, Maria, Lamminmäki, Sara, Ahonen, Päivi & Suokas, Markku (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes, katsaus 281.

Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja (2005) Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki: Stakes, raportteja 2005:7.



Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2004) Asinatuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä. *Gerontologia* 18 (2004), 3, 200–206.

Ylinen, Satu (2008) Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kuopio: Kopijyvä.

Zechner, Minna, Lumme-Sandt, Kirsi & Tapio, Kirsi (2009) Vanhusperheen vieraat. Teoksessa Riitta Jallinoja (toim.) *Vieras perheessä*. Helsinki: Gaudeamus, 236–257.

Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009) Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anneli Anttonen, Valokivi Heli & Minna Zechner (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 154–175.

## **Liitteet**

### **Liite: Tutkimustiedote ja -lupa**

## **TUTKIMUSTIEDOTE – Tutkimus kotona asuvien vanhusten palvelutarpeen arvioinneista**

### **Hyvät asiakkaat ja omaiset, sosiaalityöntekijät ja kotihoidon ammattilaiset,**

Teen sosiaalityön pro gradu -tutkielmaa kotona asuvien vanhusten palvelutarpeen arvioinneista. Tutkin, miten vanhusasiakkaat osallistuvat keskusteluihin ja päätöksentekoon palvelutarpeen arvioinneissa. Tutkimusta varten pyydän lupaanne äänittää tapaamiset. Olen itse paikalla nauhurin kanssa, ja pyrin olemaan mahdollisimman huomaamaton, jottei tilanne häiriintyisi. Tapaamisten jälkeen nauhoitukset muutetaan tekstimuotoon. Kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot muokataan tunnistamattomiksi. Tutkimuksen aineisto ei tule ulkopuolisten käyttöön ja aineistoa säilytetään huolella. Aineisto tuhotaan kokonaan, kun työ on valmis ja arvioitu.

Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkija:

Elina Juuso-Pulkkinen

elina.juuso@uta.fi

Tutkimuksen ohjaaja:

Arja Jokinen

arja.jokinen@uta.fi

Toimipaikka:

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, 33014 Tampereen yliopisto

## **TUTKIMUS KOTONA ASUVIEN VANHUSTEN PALVELUTARPEEN ARVIOINNEISTA**

Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa tutkimuksesta, joka käsittelee kotona asuvien vanhusten palvelutarpeen arviointeja, ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä. Olen saanut tiedon, että aineistoa käsitellään luottamuksellisesti, sitä käytetään ainoastaan tutkimuskäyttöön ja tutkimuksen päätyttyä aineisto tuhoaan.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhoaan.

Helsingissä \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2014

Helsingissä \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2014

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

\_\_\_\_\_  
Asiakkaan/omaisen/työntekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys